

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych

OD PRZYCZYN DO PRAKTYCZNYCH ROZWIĄZAŃ

Redakcja naukowa
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong
prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

**PODRĘCZNIK DLA LEKARZY
I STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH**



*Naukowa
Fundacja
Polpharmy*

POMAGAMY LUDZIOM NAUKI

Jedyna taka fundacja

Naukowa Fundacja Polpharmy założona w 2001 roku przez Zakłady Farmaceutyczne Polpharma SA w Starogardzie Gdańskim jest jedną z największych w kraju organizacji finansujących projekty badawcze realizowane przez polskich naukowców.

Najważniejszym programem realizowanym przez Fundację jest przeprowadzany corocznie **konkurs o finansowanie projektów badawczych** w dziedzinie nauk farmaceutycznych i medycznych. Dotychczas odbyło się XIII edycji konkursu, na które wpłynęło ponad 600 projektów prac badawczych. Granty naukowe o łącznej wartości blisko 17 mln zł otrzymały 62 zespoły badawcze.

Inwestycja w młodych

Naukowa Fundacja Polpharmy w 2006 roku uruchomiła **program stypendialny** promujący najzdolniejszych doktorantów uczelni medycznych. Raz na dwa lata przyznaje w drodze konkursu dziesięć stypendiów naukowych w wysokości 10 tys. zł.

Jest także **fundatorem** trzech pierwszych nagród w Ogólnopolskim Konkursie Prac Magisterskich Wydziałów Farmaceutycznych organizowanym przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne.

Fundacja przyznaje również **grant rekomendowany** na realizację projektu badawczego wyłonionego w konkursie organizowanym przez Naukowe Towarzystwo Medyczne. Celem jest wsparcie badań prowadzonych przez młodych badaczy, członków towarzystw naukowych.

Więcej o Naukowej Fundacji Polpharmy na stronie

www.polpharma.pl/fundacja

Sekretariat Fundacji: ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, tel. 22 364 61 13

Redakcja naukowa

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong

prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

NIEPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

OD PRZYCZYŃ DO PRAKTYCZNYCH ROZWIĄZAŃ

Podręcznik dla lekarzy i studentów kierunków medycznych



Warszawa 2015

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej publikacji nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Naukowej Fundacji Polpharmy.

© **Copyright by** Polpharma Scientific Foundation

Naukowa Fundacja Polpharmy
ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa
www.polpharma.pl/fundacja



Wydanie pierwsze pod redakcją
prof. dr. hab. n. med. Zbigniewa Gacionga
i prof. dr. hab. n. med. Przemysława Kardasa.

Redaktor prowadzący: Bożenna Płatos

Publikacja powstała z inicjatywy Naukowej Fundacji Polpharmy
dzięki wsparciu finansowemu firmy Polpharma.



ul. Pelplińska 19, 83-200 Starogard Gdański
www.polpharma.pl

Wydawca

Index Copernicus
ul. Żurawia 6/12, 00-503 Warszawa
www.indexcopernicus.com



ISBN: 978-83-941338-1-8

Nakład: 3000 egz.

Redakcja naukowa

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zespół redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Piotr Kuna, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr n. med. Paweł Lewek, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr n. farm. Wojciech Kuźmierkiewicz, Naukowa Fundacja Polpharmy - prezes zarządu

dr n. biol. Bożenna A. Skalińska, Naukowa Fundacja Polpharmy - wiceprezes zarządu

dr n. med. Beata Kamosińska, Naukowa Fundacja Polpharmy - członek zarządu

Bożenna Płatos, Naukowa Fundacja Polpharmy - kierownik Fundacji,
sekretarz zespołu redakcyjnego

Aneta Maciągiewicz, redakcja językowa

Naukowa Fundacja Polpharmy - Rada Naukowa

prof. dr hab. n. med. Piotr Kuna - przewodniczący

prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska

prof. dr hab. n. med. Edward Franek

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong

prof. dr hab. n. med. Andrzej Mackiewicz

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski

prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła

prof. dr hab. n. med. Kazimierz Roszkowski-Śliż

prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik

prof. dr hab. n. med. Marian Zembala

Autorzy

prof. dr hab. n. med. Edward Franek

Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii
Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. Marek Jarema

Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

dr n. med. Joanna Jerzyńska

Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii,
III Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

mgr Zbigniew Kowalski

Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej

prof. dr hab. n. med. Piotr Kuna

Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, II Katedra Chorób Wewnętrznych,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr n. med. Izabela Kupryś-Lipińska

Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, II Katedra Chorób Wewnętrznych,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr n. med. Paweł Lewek

I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Panas

Katedra Gastroenterologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr n. med. Anna Mokrowiecka

Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Ewa Sewerynek

Zakład Zaburzeń Endokrynnych i Metabolizmu Kostnego, Katedra Endokrynologii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr hab. n. farm. Agnieszka Skowron

Zakład Farmacji Społecznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

prof. dr hab. n. med. Iwona Stelmach

Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii,
III Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska

Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie

dr n. med. Michał Stuss

Zakład Zaburzeń Endokrynnych i Metabolizmu Kostnego, Katedra Endokrynologii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik

Katedra i Klinika Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. farm. Małgorzata Sznitowska

Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej, Gdański Uniwersytet Medyczny

dr hab. n. zdr. Barbara Ślusarska

Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Małgorzata Thustochowicz

Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

dr n. med. Magdalena Walicka

Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii
i Diabetologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie

dr n. med. Anna Zaleska-Żmijewska

Katedra i Klinika Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Spis treści

WSTĘP

Naukowa Fundacja Polpharmy dla lekarzy i pacjentów - program wspierający przestrzeganie zaleceń terapeutycznych	11
---	----

CZĘŚĆ A

NIEPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH – WIADOMOŚCI OGÓLNE

1. Wprowadzenie	17
Zbigniew Gaciong, Przemysław Kardas	
2. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych - definicja	19
Przemysław Kardas	
3. Rozpowszechnienie i następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych	25
Przemysław Kardas	
4. Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych	35
Przemysław Kardas	
5. Możliwości oceny przestrzegania zaleceń terapeutycznych w praktyce lekarskiej	45
Przemysław Kardas	
6. Interwencje poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych	53
Przemysław Kardas	
7. Rola leków generycznych w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych	65
Paweł Lewek	
8. Rola pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych	73
Barbara Ślusarska	
9. Rola farmaceuty w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych	81
Agnieszka Skowron	
10. Sposoby dofinansowania leków dla pacjentów w celu poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych	91
Paweł Lewek	
11. Dobór właściwej postaci leku	99
Małgorzata Sznitowska	

CZĘŚĆ B

NIEPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH W LECZENIU CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH

1. Hipertensjologia Zbigniew Gaciong	113
2. Pneumonologia Izabela Kupryś-Lipińska, Piotr Kuna	123
3. Diabetologia Magdalena Walicka, Edward Franek	137
4. Kardiologia Janina Stępińska	145
5. Gastroenterologia Ewa Małecka-Panas, Anna Mokrowiecka	157
6. Psychiatria Marek Jarema	167
7. Endokrynologia Ewa Sewerynek, Michał Stuss	177
8. Pediatria Iwona Stelmach, Joanna Jerzyńska	187
9. Okulistyka Anna Zaleska-Żmijewska, Jerzy Szaflik	197
10. Reumatologia Małgorzata Tlustochowicz	209

CZĘŚĆ C

NIEPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH – MATERIAŁY DODATKOWE

1. Komunikacja lekarza z pacjentem Zbigniew Kowalski	219
2. Ocena ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych Barbara Ślusarska	231
3. Zalecenia dla lekarza POZ prowadzącego pacjenta z astmą lub POChP Izabela Kupryś-Lipińska i Piotr Kuna	237
4. Lista kontrolna dla lekarza dbającego o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych Przemysław Kardas	241
5. Słownik pojęć opisujących przestrzeganie zaleceń terapeutycznych Przemysław Kardas	243

Naukowa Fundacja Polpharmy dla lekarzy i pacjentów – program wspierający przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

Leczenie chorób przewlekłych wymaga od pacjenta rzetelnej wiedzy, zaufania do specjalistów w zakresie medycyny, woli życia i wiary w skuteczność terapii, cierpliwości oraz dyscypliny. Wyniki badań, w tym prowadzonych przez Naukową Fundację Polpharmy, wskazują na niedostatek wiedzy w społeczeństwie o chorobach przewlekłych i czynnikach wspierających skuteczność terapii. Ten brak wiedzy nie pozwala pacjentom świadomie uczestniczyć w ustalaniu procesu terapii i osłabia ich motywację do przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Naukowa Fundacja Polpharmy była pierwszą instytucją w Polsce, która postanowiła zwrócić uwagę na problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych podczas leczenia chorób przewlekłych – środowiska naukowego, profesjonalistów medycznych oraz opinii publicznej. W 2007 r. zorganizowała konkurs na najlepszy projekt badawczy omawiający bariery w przestrzeganiu terapii i sposoby ich pokonywania. W kolejnych latach wydała publikację skierowaną do lekarzy zwracającą uwagę na znaczenie systematyczności leczenia w chorobach przewlekłych „Współpraca lekarza z pacjentem w chorobach przewlekłych – *compliance, adherence, persistence*. Stan obecny i możliwość poprawy”. Publikacja ukazała się w nakładzie 30 000 egzemplarzy i była pierwszą polską monografią dotyczącą problemu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w leczeniu chorób przewlekłych.

Na zlecenie Fundacji zostały wykonane również badania jakościowe i ilościowe, których celem było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jak się leczą Polacy. Wyniki opublikowaliśmy w 2010 r. w formie raportu „Polskiego pacjenta portret własny”. Badania wykazały, że stopień stosowania się pacjentów do zaleceń terapeutycznych jest niedostateczny. Niewystarczające są także podejmowane w tym kierunku działania lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów. Na wniosek Fundacji tematyka przestrzegania zaleceń terapeutycznych została włączona do programu edukacyjnego Pharma Wiedzy, kierowanego przez Polpharmę do studentów farmacji i medycyny. Fundacja zorganizowała także kilka debat z udziałem przedstawicieli pracowników ochrony zdrowia, pacjentów, uczelni medycznych i dziennikarzy w celu wspólnego poszukiwania rozwiązań zmierzających do poprawy stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

W 2013 r. Naukowa Fundacja Polpharmy wraz z Fundacją Wygrajmy Zdrowie przeprowadziła ogólnopolską kampanię edukacyjną „Partnerstwo w leczeniu. Lekarz – pacjent – rodzina” pod hasłem „Leczę się skutecznie – przestrzegam zaleceń lekarza”. Celem kampanii było zwrócenie uwagi na problemy występujące podczas współpracy pracowników medycznych z pacjentem i jego rodziną w leczeniu oraz profilaktyce chorób przewlekłych. Kampania ta miała również za zadanie podkreślenie znaczenia edukacji na temat nie tylko barier, ale także czynników sprzyjających przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych oraz promocję dobrych praktyk współpracy lekarza z pacjentem w procesie leczenia.

Kolejnym projektem realizowanym przez Naukową Fundację Polpharmy w ramach programu wspierającego przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest niniejszy podręcznik adresowany do studentów uczelni medycznych i lekarzy w trakcie specjalizacji, a dla pacjentów – opracowanie i druk ulotki wspierającej ich starania w systematycznym leczeniu.

Poza działaniami Fundacji także Polpharma bierze pod uwagę zagadnienia mające wpływ na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów w swoich pracach badawczo-rozwojowych. Firma wdraża nowoczesne rozwiązania w zakresie przyjaznych dla pacjenta postaci leków, które ułatwiają przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Należą do nich między innymi tabletki dwuskładnikowe, które łączą w jednej tabletkie dwie różne substancje lecznicze. Taki „duet” znacznie zwiększa wygodę przyjmowania leku, co ma wpływ na większą dyscyplinę jego stosowania zgodnie z zaleceniami lekarskimi, a w konsekwencji – na skuteczność terapii. Dla dzieci, które są bardzo wymagającymi pacjentami, opracowywane są formy leków o owocowym smaku maskującym nieprzyjemny smak substancji czynnej. Dużym ułatwieniem jest też forma minikapsulek, które dodane do pokarmu i podane przez rodzica dają pewność, że dziecko przyjęło pełną wymaganą dawkę.

Inną metodą wspierania pacjentów w zachowaniu systematyczności terapii jest dostarczanie im narzędzi ułatwiających regularne przyjmowanie przepisanych przez lekarza leków w codziennym życiu. Polpharma udostępnia pacjentom specjalistyczne

aplikacje mobilne, które przypominają o konieczności przyjęcia danej dawki leku w wyznaczonym dniu o wyznaczonej godzinie.

Formą wsparcia dla pacjentów są strony internetowe o charakterze edukacyjnym, które zawierają informacje na temat danej choroby, stosowanej terapii i znaczenia systematycznego, zgodnego z ordynacją lekarską leczenia. Ponadto umożliwiają one kontakt z lekarzem specjalistą i skonsultowanie problemu oraz wymianę uwag pomiędzy pacjentami.

Ufamy, że przekazany Państwu podręcznik będzie pomocny w lepszym rozumieniu konsekwencji nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, a zawarte w nim praktyczne wskazówki ułatwią Państwu komunikację i negocjacje z pacjentem w celu ich ograniczenia.

Zarząd Naukowej Fundacji Polpharmy bardzo dziękuje wszystkim osobom zaangażowanym w przygotowanie do druku publikacji, autorom, członkom władz Fundacji oraz wydawnictwu. Szczególne podziękowania kieruje do zarządu Polpharmy za finansowe wsparcie, bez którego wydanie tego podręcznika nie byłoby możliwe.

Zarząd Naukowej Fundacji Polpharmy

CZĘŚĆ A

**NIEPRZESTRZEGANIE
ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH**

WIADOMOŚCI OGÓLNE

1. Wprowadzenie

Leki nie działają u chorych, którzy ich nie biorą

Istnieją liczne skuteczne i bezpieczne terapie, które nie tylko łagodzą objawy choroby, lecz także zapobiegają jej powikłaniom i niejednokrotnie wydłużają życie. Okazuje się jednak, że wielu pacjentów ma problemy ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich, w tym z systematycznym przyjmowaniem przepisanych preparatów. Obserwacje poczynione przy użyciu elektronicznych baz danych wskazują, że w niektórych chorobach przewlekłych, na przykład w nadciśnieniu tętniczym, połowa pacjentów przerywa rozpoczętą terapię w ciągu roku. Wyniki bezpośredniego pomiaru stężenia leków w moczu lub surowicy wykazują, że co najmniej jedna czwarta pacjentów ich nie przyjmuje mimo deklarowanego stosowania się do wspólnie ustalonych zasad terapii!

Współpracę chorego z jego lekarzem najczęściej określa się definicją zaproponowaną przez Briana Haynesa jako „zakres, do jakiego zachowanie pacjenta w odniesieniu do przyjmowania leków, przestrzegania diety i modyfikacji stylu życia pozostaje zgodny z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi”. Już Hipokrates kazał „uważać na pacjentów, którzy często kłamią, że przyjmują przepisane im leki”. Przyczyny tego zjawiska tkwią nie tylko w świadomym modyfikowaniu zleconej terapii przez pacjentów, lecz także mają swoje źródła w bardziej złożonych mechanizmach rządzących naszym zachowaniem. W wielu chorobach przewlekłych brak współpracy chorego staje się jednym z najważniejszych czynników powodujących małą skuteczność terapii. Dobitym tego przykładem mogą być obserwacje poczynione w trakcie badania

CHARM prowadzonego u pacjentów z niewydolnością serca¹. Okazało się, że większy wpływ na wyniki terapii miała dobra współpraca pacjenta aniżeli to, czy otrzymywał on aktywny lek, czy placebo. Zatem poszukiwanie skutecznych środków zwiększenia stopnia przestrzegania sprawdzonych zasad terapeutycznych niejednokrotnie może mieć większe znaczenie niż badania nad nowymi, eksperymentalnymi metodami leczenia.

Niedostateczna współpraca pacjenta stanowi powszechny i poważny problem opieki zdrowotnej. Z myślą o jego rozwiązaniu powstał niniejszy podręcznik, który zawiera naukowy opis zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, jego epidemiologii, patogenezy, znaczenia dla skuteczności terapii oraz przedstawia znane sposoby poprawy. Czytelnik znajdzie tu także przykłady odnoszące się do poszczególnych specjalności lekarskich, które opracowali wybitni eksperci w danych dziedzinach medycyny. Mamy nadzieję, że powyższa publikacja nie tylko zwiększy stan wiedzy, ale także dostarczy lekarzom różnych specjalności oraz studentom wydziałów medycznych przydatnych narzędzi do poprawy stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Dlatego podkreślamy znaczenie całego zespołu leczącego, w tym pielęgniarek i farmaceutów, oraz zwracamy uwagę na rolę komunikacji z chorym.

Podręcznik ten powstał w wyniku zainteresowania zjawiskiem braku przestrzegania zaleceń lekarskich przez Naukową Fundację Polpharmy, która jako jedna z pierwszych instytucji w Polsce podjęła badania naukowe w tym obszarze. Autorzy i redaktorzy wyrażają swoją wdzięczność pracownikom Fundacji – prezesowi dr. Wojciechowi Kuźmierkiewiczowi oraz pani Bożennie Płatos – za ich zaangażowanie i pomoc w pracy nad wydawnictwem. Książka nie powstałaby bez wsparcia prezesa firmy Polpharma pana Jerzego Staraka, któremu należą się osobne podziękowania.

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong
prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

1. Granger B.B. et al.: Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the Charm programme: double blind, randomised, controlled clinical trial. *Lancet*, 2005; 366: 2005-2011.

2. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych – definicja

prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp

Problem niesystematycznego leczenia się pacjentów jest tak stary jak sama sztuka medyczna. Przynajmniej taki wniosek można wysnuć z aforyzmu Hipokratesa, w którym przestrzegał on, że pacjenci nie tylko nie przyjmują swoich leków systematycznie, ale co więcej, nie mówią na ten temat prawdy swoim lekarzom.

Wraz z niebywałymi postępami medycyny, jakie obserwujemy w ciągu ostatnich dekad, problem niesystematycznego leczenia się pacjentów nabiera jednak coraz większego znaczenia. Specjalny raport poświęciła mu Światowa Organizacja Zdrowia, umieszczając to zagadnienie pośród najpoważniejszych problemów zdrowotnych ludzkości i uznając, że jest on jedną z największych barier na drodze do osiągnięcia przez pacjentów korzyści z terapii opartej na aktualnej wiedzy medycznej [2].

Terminologia opisująca nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych

Leczenie podejmowane przez pacjentów niezgodnie z zaleceniami otrzymanymi od lekarza (lub innego pracownika medycznego) ma wiele różnych oblicz i jak każde ze złożonych zachowań ludzkich niełatwo poddaje się opisowi.

Warto sobie uświadomić, że odstępstwa od otrzymanych zaleceń mogą dotyczyć wszystkich aspektów leczenia, a przede wszystkim:

- ♦ diety,
- ♦ aktywności fizycznej,
- ♦ stylu i trybu życia (np. utrzymania reżimu łóżkowego, przeznaczenia właściwej ilości czasu na sen albo wypoczynek fizyczny i/lub psychiczny),
- ♦ używek i nałogów (np. kawy, napojów energetycznych, tytoniu, alkoholu),
- ♦ stosowania zaleconych leków,
- ♦ stosowania niezaleconych leków i podobnych środków (np. suplementów diety).

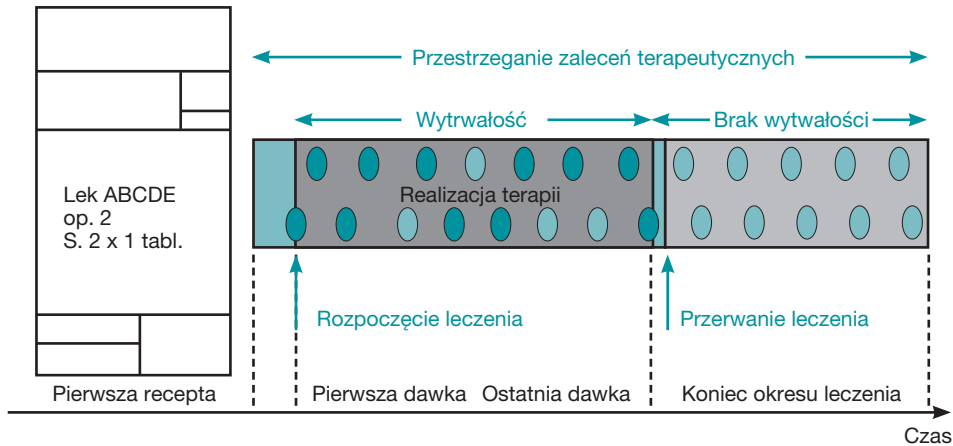
W zależności od sytuacji klinicznej każde z tych odstępstw może mieć bardzo istotne konsekwencje. Szczególnie poważne następstwa zdrowotne, społeczne i finansowe niesie z sobą zwłaszcza niesystematyczne stosowanie przez pacjentów zaleconych leków. Właśnie dlatego temu zagadnieniu poświęcone jest niniejsze opracowanie. W polskiej literaturze medycznej pojawia się wiele terminów na określenie tego zjawiska. Należą do nich między innymi:

- ♦ nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich,
- ♦ nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych,
- ♦ nieprzestrzeganie zaleceń terapii/leczenia,
- ♦ niesystematyczne stosowanie leków/leczenie się,
- ♦ brak współpracy pacjenta,
- ♦ *compliance*,
- ♦ *adherence* (lub w wersji polskiej - adherencja, adherencja terapeutyczna).

Tylko pozornie określenia te mogą być stosowane zamiennie. „Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich” oraz „brak współpracy pacjenta” (a także - z powodów historycznych - angielski termin *compliance*) są terminami o negatywnym zabarwieniu emocjonalnym. Narzucają one perspektywę paternalistycznej relacji między lekarzem i pacjentem, z której wynika, że przyczyny niesystematycznego leczenia leżą wyłącznie po stronie pacjenta, co jest oczywistą nieprawdą (zob. rozdział 4), a każde odstępstwo pacjenta od otrzymanych zaleceń należy postrzegać jako jego „winę”.

W celu uniknięcia tego typu nieporozumień termin „nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych” wydaje się najtrafniejszy w odniesieniu do opisu odstępstw czynionych przez pacjentów. Jest on bodaj najlepszym tłumaczeniem preferowanego obecnie w literaturze światowej terminu *adherence*.

W 2012 r. został opublikowany konsensus europejski dotyczący terminologii stosowanej do opisu zjawiska niesystematycznego stosowania leków przez pacjentów, opracowany w ramach Projektu ABC [1]. Szczegóły terminologii uzgodnionej w ramach tego konsensusu przedstawia rysunek 1.



Rysunek 1. Terminologia stosowana do opisu zjawiska niesystematycznego przyjmowania przez pacjentów leków opracowana na podstawie konsensusu europejskiego uzyskanego w ramach Projektu ABC [2]

Zgodnie z ustaleniami przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (*adherence, medication adherence*) oznacza stopień, w jakim zachowanie pacjenta jest zgodne z zaleceniami uzgodnionymi z pracownikiem medycznym. Analogicznie nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych oznacza stopień, w jakim zachowanie pacjenta odbiega od zaleceń uzgodnionych z pracownikiem medycznym.

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych opisują dwa podstawowe parametry:

- ♦ realizacja schematu dawkowania leku (*implementation of the dosing regimen*) – parametr ten opisuje zakres przyjmowania przez pacjenta kolejnych dawek leku w odniesieniu do zaleconego schematu dawkowania leku, począwszy od rozpoczęcia leczenia do jego zakończenia (lub przerwania);
- ♦ wytrwałość w realizacji schematu dawkowania (*persistence with dosing regimen*) – długość okresu, w którym pacjent stosuje przepisana terapię, liczony od momentu zainicjowania terapii do jej przerwania.

Formy nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Na prawidłowe przestrzeganie zaleceń terapeutycznych składają się cztery kolejne kluczowe etapy:

- ♦ zrozumienie zaleceń otrzymanych przez pacjenta od lekarza (lub innego pracownika medycznego) i ich akceptacja,
- ♦ zrealizowanie recepty w aptece (lub zdobycie leków z innego źródła, np. leków dystrybuowanych przez szpital w ramach tzw. programów lekowych),
- ♦ rozpoczęcie terapii,
- ♦ kontynuowanie terapii - bezterminowo lub do czasu wyznaczonego przez lekarza bądź innego pracownika medycznego.

Na każdym etapie mogą się pojawić różne problemy, a w konsekwencji nieprze-
strzeganie zaleceń terapeutycznych może przyjmować różne formy. Najczęstsze
z nich przedstawiono w tabeli 1 i na rysunku 2. Jak widać, w niektórych przypad-
kach pacjenci w ogóle nie wykupują recept. Jest to tak zwane pierwotne nieprze-
strzeganie zaleceń terapeutycznych (*primary non-adherence*). Spośród pacjentów, którzy
wchodzą w posiadanie leku, część w ogóle nie rozpoczyna leczenia lub opóźnia jego
rozpoczęcie. Pacjenci, którzy rozpoczynają leczenie, popełniają w jego trakcie róż-
ne odstępstwa, polegające na przykład na opuszczeniu pojedynczych dawek leków
lub przerwaniu leczenia w wyniku nierealizowania kolejnej recepty, lub całkowite-
go odstawienia leku.

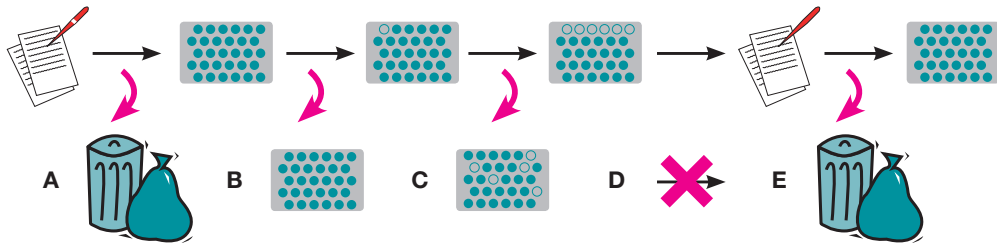
Tabela 1. Najczęstsze formy nieprze-
strzegania zaleceń terapeutycznych

NAJCZĘSTSZE FORMY NIEPRZESTRZEGANIA ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH	
1.	Nierealizowanie recept
2.	Nierozpoczynanie leczenia
3.	Opóźnianie rozpoczęcia leczenia
4.	Pomijanie pojedynczych dawek leku
5.	Zmiana częstości dawkowania leku (np. z 3 razy dziennie na 2 razy dziennie)
6.	Okresowe przyjmowanie zmniejszonej lub zwiększonej liczby dawek leku
7.	„Wakacje” od leków (dłuższe przerwy w leczeniu)
8.	Przedwczesne kończenie terapii (niedokończenie kuracji krótkotrwałej lub przerwanie leczenia przewlekłego)

W zależności od tego, czy pacjent jest świadomy nieprze-
strzegania zaleceń tera-
peutycznych, czy też nie jest, można dodatkowo wyróżnić:

- ♦ nieświadome nieprze-
strzeganie zaleceń terapeutycznych,
- ♦ świadome nieprze-
strzeganie zaleceń terapeutycznych.

Z nieświadomym nieprze-
strzeganieniem zaleceń terapeutycznych mamy przede
wszystkim do czynienia w przypadku pomijania przez pacjenta pojedynczych dawek:
pacjent zapomina przyjąć dawkę leku w odpowiednim czasie i nie zdaje sobie z tego
sprawy, wobec czego nie jest też w stanie wyjaśnić tego lekarzowi. Do świadomego nie-
prze-
strzeganienia zaleceń terapeutycznych dochodzi z kolei wówczas, gdy pacjent, któ-
ry zrozumiał zalecenia otrzymane od lekarza, w pełni świadomie podejmuje decyzję
o niewywiązaniu się z nich (na przykład przerywając leczenie choroby przewlekłej).



Rysunek 2. Kluczowe etapy procesu leczniczego, na których może wystąpić zjawisko nieprzestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych: po otrzymaniu recepty część pacjentów nie realizuje jej w aptece (A), po wykupieniu leku część pacjentów nie podejmuje leczenia (B), spośród pacjentów leczących się znaczna część przyjmuje leki nieregularnie (C), a niektórzy pacjenci przerywają leczenie, na przykład po zakończeniu pierwszego opakowania leku (D)

Pytania kontrolne

1. Jaki termin najlepiej opisuje zachowania pacjentów, którzy dokonują odstępstw od zaleceń związanych z przyjmowaniem leków otrzymanych od personelu medycznego?
2. Jaki sposób postrzegania relacji lekarz - pacjent narzuca termin „brak współpracy pacjenta”?
3. Jaki termin najlepiej opisuje zachowanie pacjenta, który przerywa leczenie po zużyciu jednego opakowania leku na nadciśnienie?

Warto przeczytać

1. Vrijens B., De Geest S., Hughes D.A., Kardas P., Demonceau J., Ruppert T., Dobbels F., Fargher E., Morrison V., Lewek P., Matyjaszczyk M., Mshelia C., Clyne W., Aronson J.K., Urquhart J.: A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Brit. J. Clin. Pharmacol.*, 2012; 73(5), 691-705.
2. Sabate E. (red.): *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization, Geneva 2003.

3. Rozpowszechnienie i następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

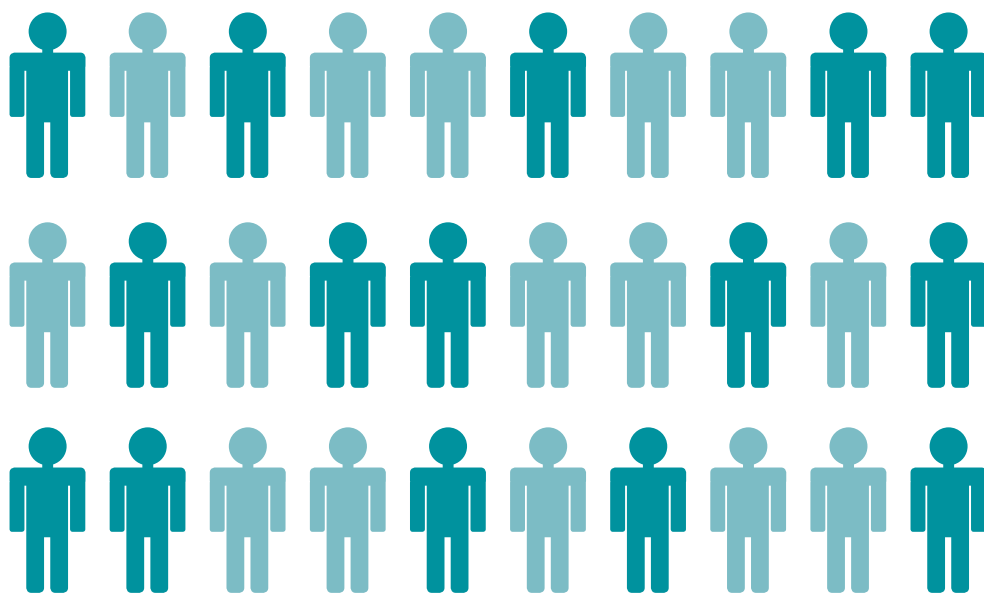
I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia przestrzeganie zaleceń terapeutycznych podczas terapii chorób przewlekłych wynosi zaledwie 50 proc. (rys. 1). Nie wynika z tego jednak jednoznacznie, czy pacjenci przyjmują przeciętnie połowę dawek przepisanych im leków, czy też zadowolająco terapię realizuje co drugi pacjent.

Zatem zacząć należy od ustalenia, jaki poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych można uznać za zadowolającą. W praktyce klinicznej optymalne przestrzeganie zaleceń terapeutycznych to połączenie właściwej wytrwałości w realizacji terapii z pełną realizacją schematu dawkowania leku. Tak wymagające kryterium mało komu, nawet spośród bardzo systematycznych pacjentów, udaje się spełnić. Z drugiej strony niewielkie odstępstwa od otrzymanych zaleceń (np. opuszczenie jednej dawki dobowej podczas miesięcznej kuracji) zazwyczaj nie mają istotnych konsekwencji klinicznych ani nie zmuszają do zakwalifikowania pacjenta do grupy osób nieprzestrzegających zaleceń terapeutycznych.

W badaniach naukowych w zależności od przyjętej metodologii ocenia się różne aspekty przestrzegania zaleceń terapeutycznych z wykorzystaniem różnych definicji roboczych tego zjawiska. Kryterium, które jest powszechnie stosowane w publikacjach, to przyjęcie przez pacjenta co najmniej 80 proc. zaleconych dawek. Zgodnie z tym założeniem:

- ♦ zaleceń przestrzegają pacjenci przyjmujący co najmniej 80 proc. zaleconych dawek,
- ♦ zaleceń nie przestrzegają pacjenci przyjmujący mniej niż 80 proc. zaleconych dawek.



Rysunek 1. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia przestrzeganie zaleceń terapeutycznych podczas terapii chorób przewlekłych wynosi 50 proc.

Niestety, jest to kryterium całkowicie arbitralne, a nie wynik badania prospektywnego, oceniającego wyniki leczenia pacjentów w zależności od stopnia realizacji zaleceń. I choć w wielu badaniach potwierdzono, że wyniki leczenia chorych przyjmujących co najmniej 80 proc. zaleconych dawek są lepsze niż pacjentów przyjmujących ich mniej, to do każdej sytuacji terapeutycznej należy podchodzić indywidualnie. Najlepiej to widać na konkretnym przykładzie: pacjent, który przerywa swoje leczenie 31 października, w ciągu całego roku - to jest w okresie pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia - przyjmuje łącznie ponad 83 proc. przepisanych dawek. Trudno jednak uznać, że pacjent taki leczy się systematycznie. Nie ma też najmniejszych wątpliwości, że w przypadku licznych chorób, na przykład nadciśnienia, choroby wieńcowej, a zwłaszcza cukrzycy, dwumiesięczna przerwa w terapii oznacza wystawianie swojego zdrowia, a nawet życia na bardzo poważne ryzyko.

Rozpowszechnienie nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce

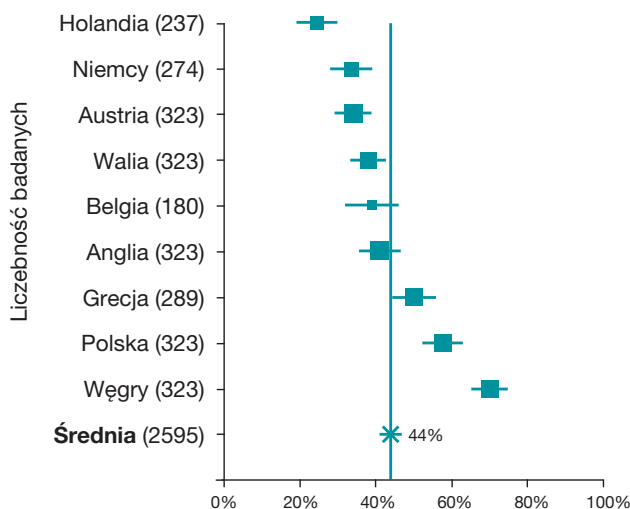
Wyniki badań rozpowszechnienia nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych są często obarczone pewnymi błędami. Analizując dane dotyczące wykupionych recept, nie można mieć pewności, czy leki wykupione przez pacjenta zostały przez niego przyjęte. Z kolei sugerowanie się wyłącznie relacją pacjenta niesie z sobą ryzyko

niedoszacowania częstości nieprzestrzegania zaleceń, bowiem część błędów w przyjmowaniu leków pacjenci popełniają nieświadomie, przez zwykłe zapomnienie. Zresztą nawet wówczas, gdy pacjenci są w pełni świadomi swoich błędów, nie zawsze chcą się do nich przyznać.

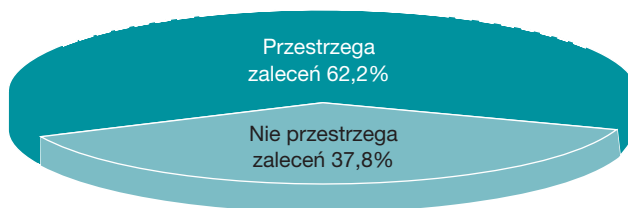
Wszystko to nie zmienia jednak faktu, że obecnie dysponujemy danymi wskazującymi jednoznacznie, jak odległe od otrzymanych zaleceń jest na co dzień postępowanie pacjentów. Przede wszystkim znaczna część recept w ogóle nie jest realizowana – to tak zwane pierwotne nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych, które dotyczy od 1/4 do 1/3 preskrypcji.

Sytuacja wygląda jeszcze gorzej, jeśli chodzi o realizację schematu dawkowania leków. Gdy uznać za kryterium przestrzegania zaleceń przyjęcie co najmniej 80 proc. zaleconych dawek, okazuje się, że w przypadku wielu chorób przewlekłych ponad 50 proc. pacjentów nie przestrzega zaleceń. Na poparcie tej tezy można podać liczne przykłady:

- Wśród osób cierpiących na chorobę wieńcową realizacja schematu dawkowania leku jest wysoce niezadowolająca: zaledwie 21 proc. systematycznie przyjmuje pełen zestaw leków uznanych za niezbędne zgodnie z obowiązującymi wytycznymi, tj. lek beta-adrenolityczny, kwas acetylosalicylowy i lek hipolipemizujący;
- Spośród osób chorujących na nadciśnienie do nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych przyznaje się średnio 44 proc. (rys. 2);
- Nawet wówczas, gdy leczenie jest krótkotrwałe, a nasilenie objawów chorobowych wysokie, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych znacznie odbiega od oczekiwań – metaanaliza wykazała, że blisko 40 proc. pacjentów czyni odstępstwa od zaleconego im schematu dawkowania antybiotyków (rys. 3);

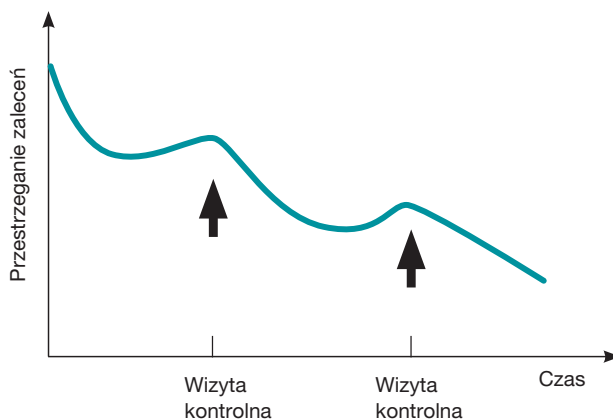


Rysunek 2. Rozpowszechnienie nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych (w %) w przypadku terapii nadciśnienia w wybranych krajach europejskich [1]



Rysunek 3. Częstość niestosowania się pacjentów do zaleceń terapeutycznych podczas krótkotrwałej antybiotykoterapii (średnia światowa) [2]

- ♦ Oprócz błędów dotyczących liczby przyjętych dawek nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych może dotyczyć także czasu ich przyjęcia. Dzięki zastosowaniu oceny za pomocą elektronicznych urządzeń pomiarowych wykazano, że zgodność przyjmowania przez pacjentów leków z zaleconym schematem dawkowania spada w chorobach przewlekłych pomiędzy wizytami, by nieco wzrosnąć bezpośrednio przed terminem kolejnej wizyty kontrolnej i utrzymać się na tym poziomie przez pewien czas (zjawisko to jest określane jako *white coat compliance* - przestrzeganie zaleceń terapeutycznych typu „białego fartucha”, por. rys. 4). U znacznej części pacjentów występują także kilkudniowe okresy, w których w ogóle nie przyjmują zaleconego leku. Te tak zwane wakacje od leków (*drug holidays*) są zwykle związane z weekendami lub innymi wydarzeniami zaburzającymi codzienny rytm życia pacjentów i występują u co najmniej 20 proc. chorych przynajmniej raz w miesiącu;

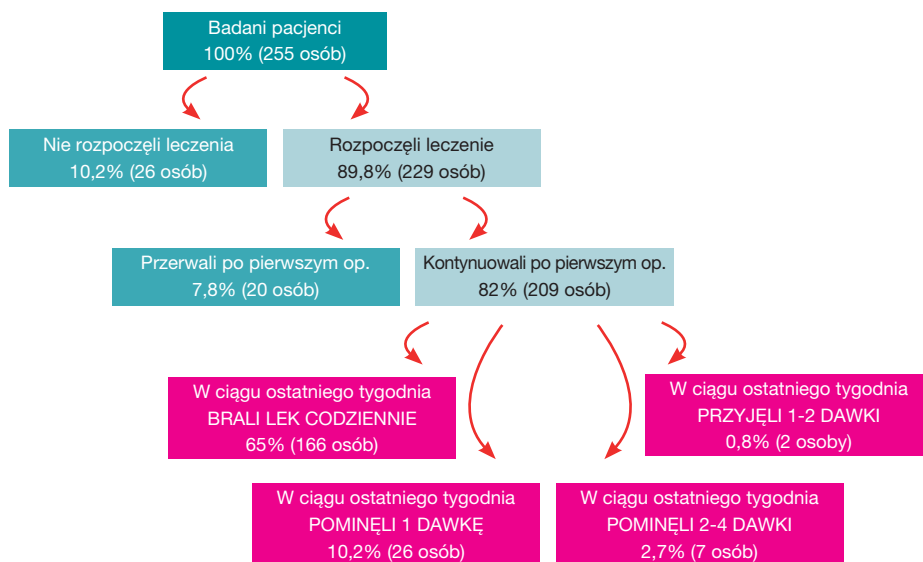


Rysunek 4. U wielu pacjentów przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w chorobach przewlekłych maleje między wizytami, a krótkotrwałą poprawę można zauważyć bezpośrednio przed wizytą kontrolną i po niej

- ♦ Częste błędy dotyczą także wytrwałości w realizacji schematu dawkowania. Pacjenci często przerywają leczenie chorób przewlekłych, i to nierzadko wkrótce po jego rozpoczęciu. Dla przykładu, w niedawno przeprowadzonym badaniu zaobserwowano, że spośród chorych ze świeżo rozpoznanym nadciśnieniem po 6 miesiącach zaleceń ściśle przestrzegało zaledwie 8,1 proc. chorych;

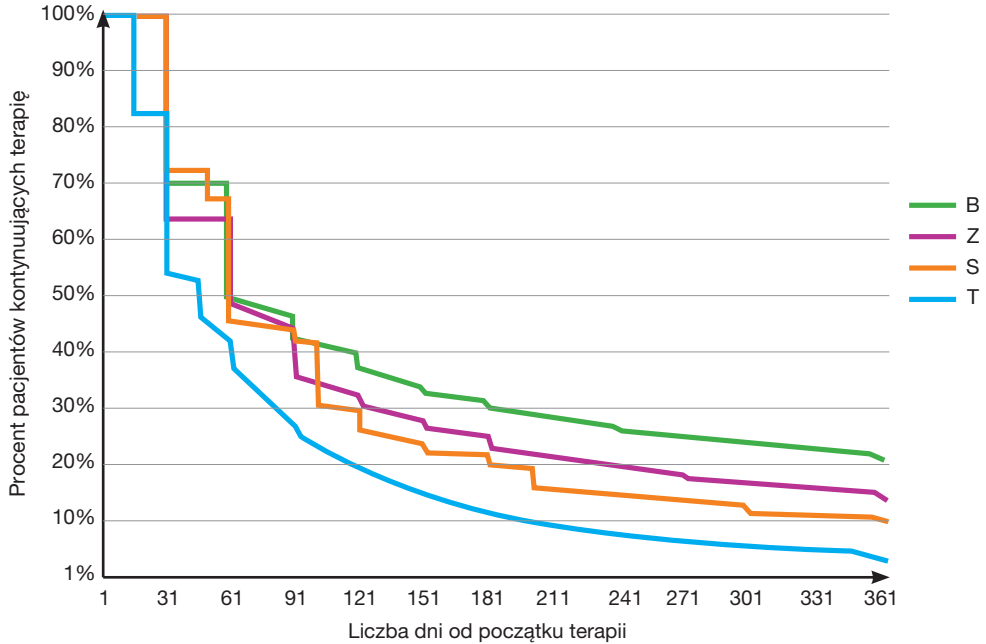
- Wśród pacjentów po przebytej implantacji stentu do naczyń wieńcowych 1/7 przerywa leczenie przeciwpłytkowe pochodnymi tienopirydyny (np. kłopidogrel) w ciągu miesiąca, co wiąże się z 9-krotnym wzrostem ryzyka zgonu. Dwa lata po przebytych zawale serca, według danych Ontario Database, prawidłowo leczenie realizuje zaledwie 40 proc. chorych;
- Wśród pacjentów przyjmujących leki hipolipemizujące lub leczonych z powodu cukrzycy typu 2 za pomocą doustnych leków hipoglikemizujących w ciągu pierwszego roku leczenie przerywa przynajmniej co trzeci pacjent;
- Wyniki sondażu przeprowadzonego przez Amerykański Związek Osób Emerytowanych wskazują, że po 5 latach terapii leczenie kontynuuje średnio nie więcej niż 10-15 proc. pacjentów wyjściowych.

Badania prowadzone w Polsce wskazują być może na jeszcze częstsze niż w krajach Europy Zachodniej i Stanach Zjednoczonych nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych, zarówno w przypadku schorzeń ostrych, jak i przewlekłych. Przedstawione na rys. 2 dane pokazują na przykład, że polscy pacjenci znacznie częściej niż chorzy w krajach Europy Zachodniej nie realizują prawidłowo terapii hipotensyjnej. W badaniu, w którym oceniono stosowanie się do zaleceń terapeutycznych ponad 60 tys. polskich pacjentów leczonych z powodu schorzeń przewlekłych, ujawniono nieprzestrzeganie zaleceń przez ponad 83 proc. chorych [3]. Podobnie wygląda kontynuacja leczenia przewlekłego: spośród pacjentów leczonych z powodu hiperlipidemii 10 proc. deklaruje, że w ogóle nie rozpoczyna leczenia, a kolejne 10 proc. przerywa leczenie już po pierwszym miesiącu terapii (rys. 5).



Rysunek 5. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych podczas leczenia hiperlipidemii przez polskich pacjentów [5]

W przypadku przewlekłych schorzeń dróg oddechowych wytrwałość w realizacji schematu dawkowania jest tak niska, że po 12 miesiącach terapię kontynuuje nie więcej niż 20 proc. chorych (rys. 6). Należy podkreślić, że dzieje się tak mimo powszechnego w Polsce dostępu do bezpłatnych świadczeń publicznej opieki zdrowotnej oraz refundacji leków.

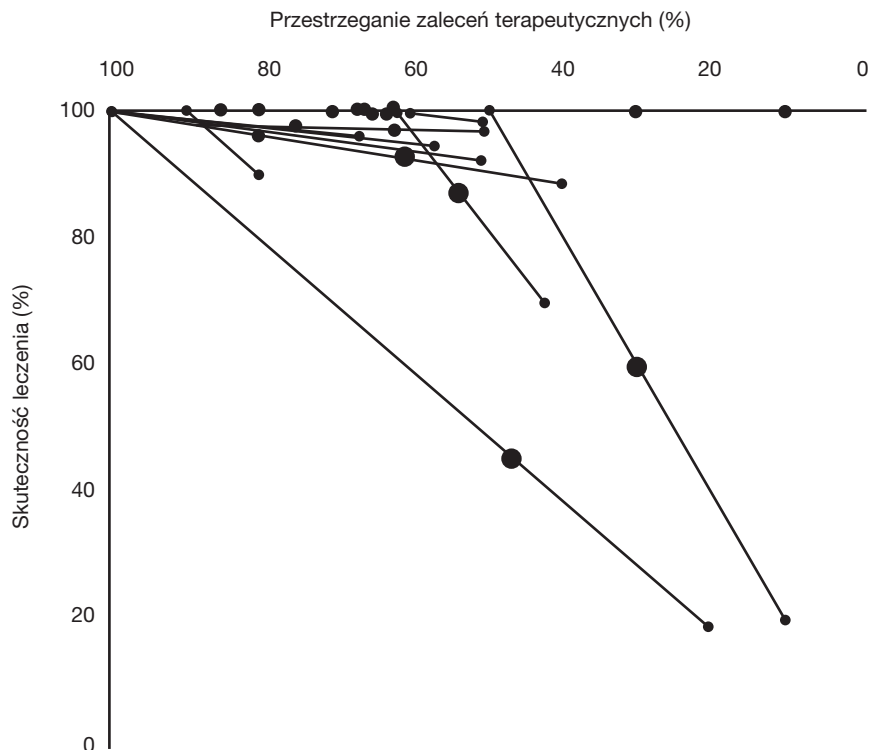


Rysunek 6. Wytrwałość w realizacji schematu dawkowania przez pacjentów leczonych z powodu POChP w zależności od klasy leku wziewnego (B – beta-mimetyki, Z – leki złożone, S – kortykosteroidy wziewne, T – cholinolityki) [6]

Następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce

Truizmem jest stwierdzenie, że lek nieprzyjęty nie działa. W rzeczywistości jednak taka jest podstawa zależności pomiędzy przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych a wynikami terapii. Lek może działać jedynie wówczas, jeśli zostanie przez pacjenta przyjęty. Pod jego nieobecność w organizmie nie można się spodziewać żadnego korzystnego działania. W efekcie bezpośrednim następstwem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest zmniejszona skuteczność leczenia (rys. 7), a pośrednim – rozmaite konsekwencje zdrowotne i finansowe, z najbardziej tragicznymi włącznie.

W zależności od rodzaju prowadzonej terapii efekt tych samych błędów popełnianych przez pacjenta może być skrajnie odmienny. Dla przykładu, opuszczenie pojedynczej dawki stosowanego profilaktycznie kwasu acetylosalicylowego nie spowoduje istotnego



Rysunek 7. Zależność między przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych a skutecznością leczenia w różnych sytuacjach klinicznych [7]

wzrostu ryzyka zawału lub udaru. Analogiczny błąd może jednak w przypadku doustnych środków antykoncepcyjnych doprowadzić do nieplanowanej ciąży. Niektóre środki lecznicze są szczególnie wrażliwe na odstępstwa od ich prawidłowego dawkowania: opuszczenie nawet pojedynczych dawek leków przeciwzakrzepowych może prowadzić do groźnych dla życia powikłań zatorowych, podczas gdy przyjęcie ich zbyt dużej liczby – do równie groźnych powikłań krwotocznych. Większość terapii lokuje się między tymi skrajnościami, regułą jest jednak osiąganie tym gorszych wyników leczenia, im gorzej pacjent stosuje się do zaleceń terapeutycznych (rys. 7).

Dalszymi konsekwencjami nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych są wzrost zapotrzebowania na porady lekarskie, konieczność wykonywania dodatkowych badań diagnostycznych i stosowania dodatkowych leków. Dobrze znany jest też wpływ nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych na wzrost częstości hospitalizacji. Nieprzestrzegający zaleceń pacjenci chorujący na nadciśnienie oraz hiperlipidemię mają do 50 proc. wyższe ryzyko hospitalizacji. Szacuje się, że co najmniej 10 proc. przyjęć do szpitali wiąże się z tym zjawiskiem, ale w przypadku pacjentów przyjmowanych po raz kolejny do szpitala z powodu niewydolności krążenia odsetek ten sięga aż 64 proc.

Do najpoważniejszych konsekwencji zdrowotnych nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych należą zgon. Są one tym bardziej tragiczne, że w pełni możliwe do zapobieżenia, dotyczą bowiem pacjentów zdiagnozowanych i leczonych. Problem ten występuje nawet wśród chorych w pełni świadomych potencjalnych konsekwencji niestosowania się do zaleceń terapeutycznych – zjawisko to jest na przykład jedną z najczęstszych przyczyn odrzucenia przeszczepów. Związek między nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych i wzrostem zagrożenia zgonem potwierdzono w wielu chorobach, a przeprowadzona metaanaliza wykazała, że jest to zależność uniwersalna [4]. Szacuje się, że wśród pacjentów chorujących na choroby układu krążenia w Stanach Zjednoczonych co najmniej 125 tys. zgonów rocznie wiąże się z niestosowaniem się do zaleceń terapeutycznych [5].

Wszystkie powyższe konsekwencje zdrowotne dotyczą pojedynczych pacjentów, którzy osobiście działają na swoją niekorzyść. W przypadku stosowania leków przeciwniekcyjnych nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych może mieć także niekorzystny wpływ na całą populację, prowadząc do powstania wśród patogenów lekooporności. Zależność tę obserwowano wśród typowych bakterii chorobotwórczych, prątków gruźlicy, a ostatnio także wśród szczepów wirusa HIV.

Innym rodzajem następstw nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, które dotyczą całej populacji, są dodatkowe koszty, na które składają się wydatki między innymi na:

- ♦ porady lekarskie,
- ♦ badania diagnostyczne,
- ♦ leki,
- ♦ hospitalizację,
- ♦ koszty związane z niezdolnością do pracy (utracona produktywność, zasiłki chorobowe).

Koszty dodatkowych hospitalizacji i porad lekarskich będących następstwem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w Stanach Zjednoczonych szacuje się na 10 mld dolarów rocznie, a wszystkie koszty bezpośrednio i pośrednio związane z nieprzestrzeganiem tychże zaleceń – na blisko 300 mld dolarów. Podobnie w Europie straty spowodowane przez nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych ocenia się na setki miliardów euro rocznie. Konsekwencje finansowe tego zjawiska dla publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce szacowane są na co najmniej 10 proc. budżetu NFZ, czyli ok. 6 mld złotych rocznie.

Podsumowanie

Nie ma takiej choroby, której nie dotyczyłby problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, a ogromne rozpowszechnienie tego zjawiska sprawia, że w jakimś stopniu

styka się z nim codziennie każdy lekarz. Negatywne konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych dla pacjenta obejmują spektrum następstw – od pogorszenia się stanu zdrowia do zgonu włącznie. Zjawisko to ma też swoje bardzo poważne konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne dla całego społeczeństwa.

Pytania kontrolne

1. Wskaż przykłady schorzeń, w których spełnienie formalnego kryterium przestrzegania zaleceń terapeutycznych – to jest przyjęcie 80 proc. zaleconych dawek – nie daje gwarancji osiągnięcia sukcesu terapeutycznego.
2. Z iloma pacjentami nieprzestrzegającymi zaleceń terapeutycznych może się przeciętnie spotkać w ciągu dnia lekarz rodzinny, który przyjmuje 20 chorych dziennie?
3. Jak wyjaśnisz to, że niezgodne z zaleceniami stosowanie przez pacjentów antybiotyków może prowadzić do powstania antybiotykoopornych szczepów bakterii?

Warto przeczytać

1. Morrison V.L., Holmes E.A., Parveen S. et al.: Predictors of self-reported adherence to antihypertensive medicines: a multinational, cross-sectional survey. *Value Health*, 2015; 18(2): 206-216.
2. Kardas P., Devine S., Golembesky A. et al.: A systematic review and meta-analysis of misuse of antibiotic therapies in the community. *Int. J. Antimicrob. Agents*, 2005; 26(2): 106-113.
3. Kardas P.: Rozpowszechnienie nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów leczonych z powodu wybranych schorzeń przewlekłych. *Pol. Merk. Lek.*, 2011; XXXI(184): 215-220.
4. Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R. et al.: A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*, 2006; 333: 15.
5. Kardas P.: Nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych podczas leczenia hiperlipidemii – częstość, przyczyny, możliwości poprawy. *Post. Pol. Med. Farm.*, 2013; 3(1): 83-94.
6. Kardas P., Czeleko T., Śliwczyński A.: Ciągłość i systematyczność leczenia astmy i POChP w Polsce – ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych na podstawie analizy krajowej bazy danych realizacji recept. *Proceedings of the 10th international conference of the Polish Pharmacoeconomics Society. ISPOR Poland Chapter, Warsaw 2012.*
7. Hughes D.A., Bagust A., Haycox A. et al.: The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature. *Health Econ.*, 2001; 10: 601-615.

4. Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp

W przypadku ciężkich schorzeń konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych są nie tylko poważne, ale i łatwe do przewidzenia. Dlatego być może tak trudno przychodzi wielu lekarzom zaakceptowanie statystyk mówiących o niesystematycznym leczeniu się przez co drugiego chorego. Postępowanie pacjenta ryzykującego swoim zdrowiem, a nawet życiem w wyniku niestosowania się do otrzymanych zaleceń wygląda bowiem na zachowanie nierozsądne lub wręcz bezsensowne.

W rzeczywistości jednak nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych rzadko jest postępowaniem irracjonalnym. Przeciwnie, w większości przypadków ma ono swoje konkretne przyczyny, z których znaczna część nie leży po stronie pacjenta. Właśnie dlatego zjawiska tego nie należy postrzegać jako winy chorego, który działając na własną niekorzyść, sprowadza „kłopoty” na siebie i społeczeństwo. W wielu przypadkach pacjent chce się leczyć, a niesystematyczna realizacja zaleceń jest spowodowana czynnikami zewnętrznymi.

Dotychczas opisano kilkaset czynników mających rozmaity wpływ na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych [1]. Zgodnie ze schematem zaproponowanym przez Światową Organizację Zdrowia można je podzielić na pięć głównych grup (zob. rys. 1):

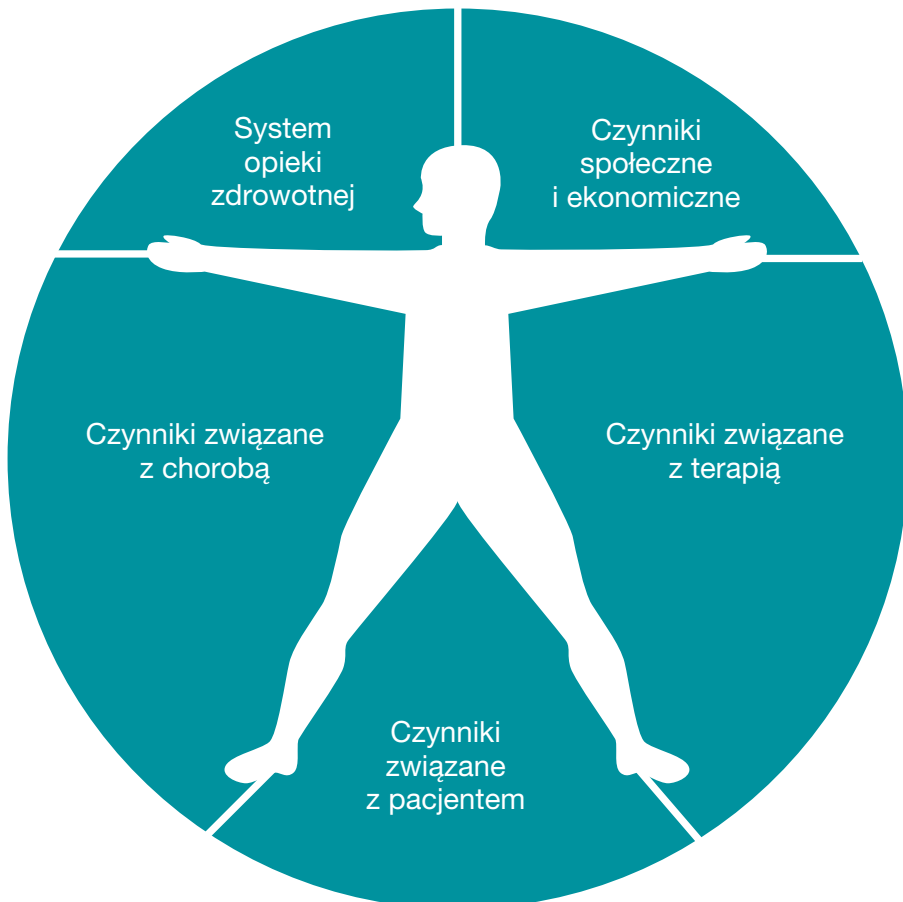
1. czynniki społeczne i ekonomiczne,
2. czynniki związane z systemem opieki zdrowotnej,

3. czynniki związane ze schorzeniem,
4. czynniki związane z terapią,
5. czynniki związane z pacjentem.

Przyczyny społeczne i ekonomiczne nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Czynniki ekonomiczne i społeczne mają nadspodziewanie duży wpływ na poziom stosowania się pacjentów do zaleceń terapeutycznych, szczególnie te, które oddziałują na całe duże grupy społeczne. Poniżej wymieniono ważniejsze z nich:

- ♦ **Ubezpieczenie zdrowotne** - brak ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ zmusza pacjenta do płacenia za usługi medyczne w 100 proc. z własnej kieszeni, uniemożliwia mu) również uzyskanie leków z refundacją (zniżką) w aptece, nawet



Rysunek 1. Czynniki wpływające na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych według Światowej Organizacji Zdrowia [2]

jeśli recepta na nie została wystawiona przez lekarza pracującego w placówce publicznej lub mającego indywidualną umowę na refundację recept. W Polsce ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ są pozbawione nieliczne osoby – dotyczy to może na przykład rodaków przebywających dłużej za granicą, którzy zaprzestali opłacania składek w kraju. Warto wiedzieć, że minimalna składka zdrowotna wynosi obecnie poniżej 300 zł miesięcznie, w związku z czym dla wielu emigrujących osób może być korzystne jej opłacanie, jeśli w zamian otrzymają nieodpłatny dostęp do świadczeń zdrowotnych i leków refundowanych;

- ♦ **Niski status socjoekonomiczny** – bieda jest zjawiskiem dotykającym niemałą część polskiego społeczeństwa, a szczególnie dotkliwym w przypadku osób samotnych. Wiele leków jest na tyle mało refundowanych lub nier refundowanych w ogóle, że dla pacjenta są one drogie i w związku z tym trudne do zdobycia. Warto to uwzględnić już na etapie wypisywania pacjentowi recepty, a w razie potrzeby poszukać dodatkowych źródeł wsparcia dla pacjenta (zob. rozdział 10). Warto podkreślić, że ze wszystkich „dobrodziejstw” ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ mogą korzystać również osoby bezrobotne, i to bezterminowo, warunkiem jednak jest ich zarejestrowanie się w Urzędzie Pracy;
- ♦ **Brak wsparcia rodzinnego i społecznego** sprzyja niesystematycznemu leczeniu. Z tego powodu pacjenci potrafią całkowicie zrezygnować z leczenia (niektórzy pacjenci onkologiczni przerywają leczenie, by nie stracić atrakcyjności w oczach partnerów, na przykład z powodu wypadnięcia włosów). Młodemu człowiekowi może być trudniej zaakceptować reżim dietetyczny i lekowy będący konsekwencją cukrzycy typu 1, jeśli jako jedyny wśród rówieśników nie będzie mógł zjeść czekoladowego batona albo wypić piwa (zob. rozdział 17). Nawet jednak w przypadku nadciśnienia lub hiperlipemii rola najbliższych może być istotna – jedni chorzy otrzymują od nich wsparcie w systematycznym leczeniu („Wziąłeś już swoje leki?”), inni – wręcz przeciwnie („Tyle na te leki wydajesz i jeszcze ci pewnie szkodzą na wątrobę!”);
- ♦ **Stygmatyzacja z powodu choroby** – rzeczywisty lub domniemany brak akceptacji dla schorzenia lub samego leczenia powoduje, że rzadko można zobaczyć pacjentów sięgających po swoje leki w miejscach publicznych, zwłaszcza jeśli chodzi o iniekcje insuliny lub przyjęcie leków wziewnych. Wielu pacjentów ukrywa się z przyjmowaniem leku nawet przed najbliższymi, a tym bardziej wstydzi się połykania swoich tabletek w takich miejscach jak stołówki lub restauracje, mimo że posiłek jest wygodną porą przyjmowania leków.

Przyczyny dotyczące systemu opieki zdrowotnej

Źle zorganizowany system opieki zdrowotnej może całkowicie uniemożliwić pacjentowi leczenie. Niestety, w tym zakresie nadal funkcjonuje w naszym kraju wiele problemów,

w wyniku których pacjenci mogą mieć utrudniony dostęp do leków lub zmniejszoną motywację do prowadzenia systematycznego leczenia.

Oto ważniejsze z nich:

- ♦ **Bariery w dostępie do systemu opieki zdrowotnej** - utrudniony dostęp do lekarza, zwłaszcza do lekarza specjalisty, może się stać przeszkodą dla pacjenta w zdobyciu recept i systematycznym leczeniu. Niestety, limity przyjęć przyznawane przez NFZ powodują, że na dostanie się do niektórych specjalistów pacjent czeka średnio kilka miesięcy, a nawet lat, co w praktyce uniemożliwia leczenie. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w wynikach niedawno przeprowadzonego na zlecenie Polpharmy badania, z których wynika, że co 10. pacjent przerywający terapię chorób przewlekłych robi to z powodu braku recept [3]. W ramach obecnie obowiązującego porządku prawnego istotnym problemem jest też kwestia zaświadczenia od lekarza specjalisty - przy jego braku lekarze POZ obawiają się wypisywać swoim pacjentom recepty na leki stosowane w terapii wybranych chorób przewlekłych ze zniżką, a to z kolei zniechęca pacjentów do wykupywania recept. Należy zatem wyjaśnić, że każdy lekarz, a zwłaszcza lekarz POZ, ma pełne prawo na podstawie typowych objawów rozpoznać cukrzycę, astmę lub depresję i wdrożyć odpowiednie leczenie z przysługującą pacjentowi z tego tytułu refundacją. Do rzadkości należą schorzenia (np. padaczka lekooporna), gdzie zaświadczenie od specjalisty jest rzeczywistym warunkiem wypisania leków refundowanych;
- ♦ **Dostęp do wizyt kontrolnych** - w celu zachowania ciągłości leczenia niezbędne jest otrzymywanie przez pacjenta kolejnych recept na leki stosowane w terapii chorób przewlekłych. Ponieważ realny dostęp do specjalisty może być ograniczony, warto wiedzieć, że kontynuacja leczenia każdego typu może się odbywać w warunkach POZ (zob. wyżej), niezależnie od typu leku. Inaczej mówiąc, lekarz rodzinny może wystawiać recepty na środki antykoncepcyjne, leki przeciwpadaczkowe lub neuroleptyki. Ostatnio oficjalnie zaaprobowano również zaoczne wystawienie recepty, bez badania pacjenta, na potrzeby terapii przewlekłej. Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia wkrótce uprawnienia do wystawienia recept uzyskają również pielęgniarki, co przynajmniej po części może się przyczynić do rozwiązania tego praktycznego problemu;
- ♦ **Jakość komunikacji między lekarzem a pacjentem** - prawidłowa komunikacja między lekarzem a pacjentem jest konieczna, aby przekazać pacjentowi niezbędną wiedzę i go zmotywować do leczenia. Pacjent musi znaleźć odpowiedzi na pytania, po co ma się leczyć i jak to leczenie ma przebiegać. Dodatkowo powinny zostać rozwiane jego obawy na temat ewentualnych działań niepożądanych stosowanych leków. Warto pamiętać, że w przypadku komunikacji działa tzw. efekt halo. Pacjent ocenia łatwo poddający się jego ocenie przebieg komunikacji i na tej podstawie wyrabia sobie opinię na temat innych cech lekarza, takich jak

doświadczenie, wiedza i fachowość. W efekcie lekarz, który jest dla pacjenta nie- miły, opryskliwy, nieempatyczny, zostanie uznany za kiepskiego specjalistę, nie- godnego zaufania, a jego zalecenia nie będą traktowane poważnie („Naśmiewał się z mojej choroby, a teraz myśli, że te jego tabletki będę brał trzy razy dziennie!”).

Przyczyny dotyczące schorzenia

- ♦ **Brak objawów schorzenia** – skąpo-, a zwłaszcza bezobjawowy charakter choroby zmniejsza motywację pacjentów zarówno do rozpoczęcia, jak i kontynuacji leczenia. Jest to o tyle istotne, że najczęstsze schorzenia przewlekłe – nadciśnienie, hiperlipemia i cukrzyca typu 2 – są schorzeniami bezobjawowymi. Podobnie jest w przypadku POChP lub niewydolności krążenia – w tych schorzeniach powoli narastające objawy pozwalają pacjentowi w jakiś sposób się do nich przyzwyczaić i traktować do pewnego stopnia jako naturalną konsekwencję wieku. Paradoksalnie, do przerwania leczenia może też skłaniać poprawa kliniczna – wielu pacjentów po ustąpieniu objawów, czyli po 3-4 dniach od rozpoczęcia leczenia, przerywa terapię antybiotykiem.
- ♦ **Choroba psychiczna** – brak krytycyzmu co do stanu swojego zdrowia, negowanie choroby, a w szczególności urojenia i omamy o treści prześladowczej powodują, że w schorzeniach psychicznych zarówno codzienna realizacja schematu dawkowania leków, jak i wytrwałość w leczeniu są szczególnie złe. Z kolei zaburzenia depresyjne charakteryzują się obniżonym napędem, w tym – co trudno jest zaakceptować otoczeniu, a niekiedy nawet lekarzom – zmniejszoną zdolnością do podejmowania działań dla pacjenta korzystnych, włączając w to leczenie. Zależności te zostały szczegółowo opisane w rozdziale 20.
- ♦ **Długotrwałość schorzenia** – im dłużej trwa terapia, tym więcej pacjentów się do niej zniechęca i w którymś momencie ją przerywa. Oznacza to niestety, że realny problem istnieje w chorobach przewlekłych, które ze swojej natury są zazwyczaj schorzeniami trwającymi do końca życia pacjenta.

Przyczyny dotyczące terapii

Niedogodności związane z terapią są jedną z najważniejszych przyczyn, dla których pacjenci nie stosują się do zaleceń. Trudno zresztą się dziwić niskiej motywacji pacjentów do przyjmowania leku, jeśli kontakt z każdą kolejną dawką jest dla niego swoistą traumą. Przyczyn tego może być wiele:

- ♦ **Działania niepożądane** skutecznie zniechęcają pacjentów do kontynuowania terapii, chociaż część z nich jest nieuchronnie wpisana w ryzyko prowadzonego leczenia. Nie zawsze jednak rachunek „zysków” i „strat”, które, chcąc nie chcąc, prowadzą pacjenci, przechyla się na korzyść kontynuacji leczenia (zob. tab. 1).

Tabela 1. Rachunek zysków i strat dokonany przez pacjenta podczas terapii nadciśnienia [5]

ZYSKI	STRATY
Ustąpienie objawów choroby (rzadko)	Poczucie utraty kontroli nad swoim zdrowiem, świadomość bycia chorym
Spodziewane wydłużenie życia	Konieczność pamiętania o systematycznym leczeniu
	Koszty związane z leczeniem
	Ograniczenia dietetyczne (sól, alkohol)
	Działania niepożądane leków: <ul style="list-style-type: none"> • zawroty głowy • bóle głowy • ortostatyczne spadki ciśnienia • zaczerwienienie twarzy • obrzęki kończyn dolnych • kaszel • spadek potencji • kurcze łydek • bradykardia • palpacje serca

Mało kto zdecydowałby się na przykład na leczenie hiperlipidemii (korzyść odległa pod postacią wydłużenia życia) kosztem niezbyt groźnych, ale natychmiastowych działań niepożądanych (np. codziennych biegunek). Niestety, z powodu działań niepożądanych pacjenci często rezygnują z terapii ratujących ich życie, np. lekami immunosupresyjnymi po przeszczepie lub terapii HIV/AIDS. Nierzadko powodem przerywania leczenia, a nawet jego nierozpoczynania, są spodziewane działania niepożądane. Dzieje się tak często wówczas, gdy pacjent zaznajomi się z ulotką informacyjną zawartą w opakowaniu leku, która zazwyczaj zawiera długą listę potencjalnych działań niepożądanych, nie zrównoważoną pozytywnymi informacjami o korzystnym działaniu leku (rys. 2);

- ♦ **Nieskuteczność leków** – obiektywna lub subiektywna nieskuteczność leczenia zniechęca pacjentów do jego kontynuacji. Tymczasem wiele leków może być niesłusznie uznanych przez pacjentów za nieskuteczne – jeśli są to leki stosowane w terapii chorób bezobjawowych („Biorę ten lek na nadciśnienie i wcale się po nim lepiej nie czuję!”). Pacjenci przyzwyczajeni do leków o szybkim działaniu mogą też uznać za nieskuteczne te leki, na których efekt działania trzeba trochę poczekać, na przykład wziewne sterydy, które w odróżnieniu od szybko działających bronchodylatorów przynoszą zauważalną poprawę dopiero po kilku godzinach od podania (i dlatego nie nadają się do przerywania napadu duszności);
- ♦ **Nieakceptowana forma leków** – forma leku w sposób istotny wpływa na to, czy leczenie będzie akceptowane przez pacjentów. Generalnie preferowane są

kami zawierającymi paracetamol, inhibitorami MAO (leki stosowane m.in. w depresji), oraz w okresie do 2 tygodni od zaprzestania ich przyjmowania oraz z zydowudyną (lek przeciwwirusowy, stosowany w zakażeniu wirusem HIV). W przypadku jednoczesnego stosowania doustnych leków przeciwzakrzepowych (warfaryny, kumaryny), ryfampicyny i izoniazydu (leki stosowane w leczeniu gruźlicy), leków przeciwpadaczkowych, barbituranów (leki o działaniu uspokajającym i nasennym), diflunisalu (lek przeciwbólowy), sulfpirazonu (lek stosowany w leczeniu dny moczonowej) lub innych leków indukujących enzymy mikrosomowe wątroby przed przyjęciem leku należy zasięgnąć opinii lekarza. Kofeina nasila przeciwbólowe działanie paracetamolu.

3. Jak stosować lek

Zazwyczaj stosowana dawka leku to: dorośli: 1-2 tabletki 3-4 razy na dobę (maksymalnie 8 tabletek w ciągu doby). Dzieci w wieku powyżej 12 lat: 1 tabletkę 3 do 4 razy na dobę.

Należy przestrzegać co najmniej 4 godzinnego odstępu między kolejnymi dawkami.

Nie należy podawać dzieciom w wieku poniżej 12 lat (ograniczenie wynika z postaci leku).

Należy zasięgnąć opinii lekarza jeżeli ból utrzymuje się

4. Możliwe działania niepożądane

Jak każdy lek, może powodować działania niepożądane, które w przypadku doraźnego stosowania leku występują rzadko. Należą do nich:

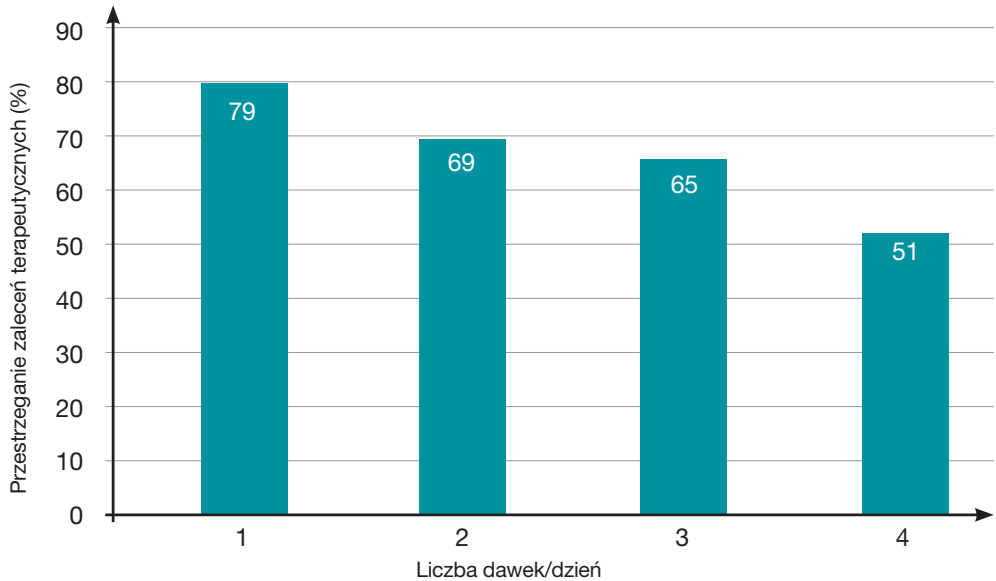
- zaburzenia hematologiczne: zmniejszenie liczby płytek krwi, zmniejszenie liczby pewnego rodzaju krwinek białych - granulocytów (do całkowitego ich braku włącznie);
- reakcje alergiczne: pokrzywka, rumień, wysypka, plamica barwnikowa, wstrząs anafilaktyczny (jego objawy to: duszność, trudność w nabieraniu powietrza w wyniku obrzęku krtani, trudność w wydechu, świst krtaniowy, świąd skóry i jej zaczerwienienie, ból głowy, uczucie „ucisku”, zawroty głowy, przyspieszenie lub co rzadziej zwolnienie czynności serca, świąd, pokrzywka o różnym nasileniu, rumień całego ciała, znaczne osłabienie, aż do utraty przytomności włącznie; w ciężkich przypadkach może zagrażać życiu);
- zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: ostra niewydolność wątroby, nudności, wymioty, zaburzenia trawienia.

W przypadku wystąpienia innych objawów niepożądanych niż wymienione w ulotce, należy poinformować o nich lekarza.

Rysunek 2. Ulotki informacyjne dla pacjentów mogą zniechęcać do systematycznego leczenia z powodu długiej listy potencjalnych działań niepożądanych (na zdjęciu fragment ulotki jednego z preparatów paracetamolu, dostępnego bez recepty)

formy doustne, niechętnie stosowane są czopki i wszelkie iniekcje (część rodziców nadal prawdopodobnie ostrzega swoje dzieci, że jeśli nie będą grzeczne, to pójdą do doktora, który zrobi im zastrzyk). Wśród form doustnych małe tabletki są zdecydowanie chętniej widziane niż duże. Dla dzieci, a także niektórych dorosłych szalenie istotne znaczenie mają parametry organoleptyczne leku, a zwłaszcza przyjemny smak i zapach. Oczywiście indywidualne preferencje pacjenta mogą odbiegać od tych prawidłowości, więc nawet przed wypisaniem małych, łatwych do połknięcia tabletek należy się upewnić, że właśnie taka forma leku pacjenta zadowala. W niektórych przypadkach na przeszkodzie w realizacji leczenia może stać nie tyle sam lek, ile jego opakowanie - na przykład wymagające jednoczesnego naciśnięcia i przekręcenia wieczka pojemnika;

- ♦ **Nieprzyjazny dla pacjenta schemat dawkowania** - im bardziej niewygodny i wymagający reżim terapii, tym gorsze jest przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Dotyczy to zwłaszcza częstości dawkowania leków: z każdą kolejną dawką dobową istotnie spada odsetek pacjentów, którzy wypełniają zalecenia terapii (rys. 3);
- ♦ **Wysoki koszt leków** zniechęca pacjentów do terapii nawet wówczas, gdy obiektywnie stać ich na wykupienie leków. Dotyczy to szczególnie pacjentów wymagających długoterminowego leczenia chorób przewlekłych.

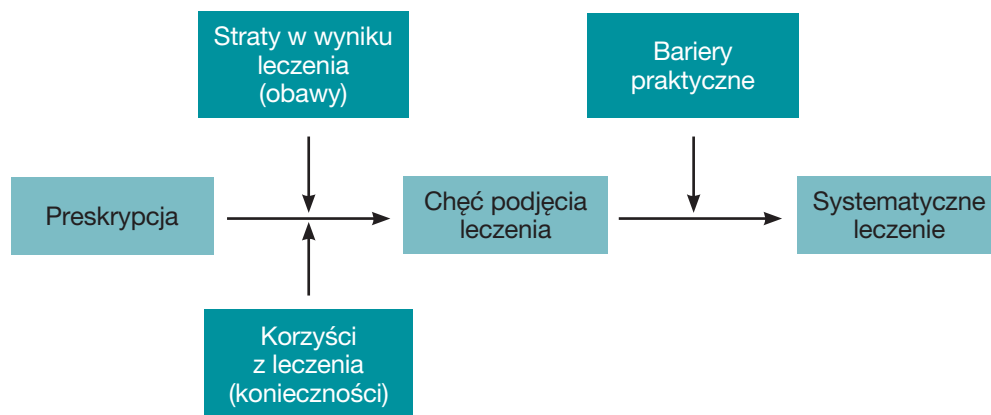


Rysunek 3. Wpływ częstości dawkowania leku na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych [4]

Przyczyny dotyczące pacjenta

Po stronie pacjenta leży wiele czynników, które w pozytywny lub negatywny sposób wpływają na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Część tych czynników to niemożliwe do zmodyfikowania elementy charakterystyki pacjenta, część z kolei to elementy, na które poprzez różne interwencje można oddziaływać:

- ♦ **Cechy demograficzne (wiek, płeć, stan cywilny)** - w tym obszarze wciąż panuje wiele stereotypów. Odruchowo można by się bowiem spodziewać, że osoba młodsza i lepiej wykształcona będzie zaleceń przestrzegać, podczas gdy starsza, niewykształcona i samotna - raczej nie. Wpływ cech demograficznych na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest często przeceniany. W badaniach, w których obserwowano taką zależność, zazwyczaj zaleceń terapeutycznych lepiej przestrzegały osoby starsze, kobiety i osoby pozostające w związku małżeńskim;
- ♦ **Ograniczone funkcje poznawcze** - w tym przypadku zależność jest zgodna z intuicją: pogorszone funkcje poznawcze sprzyjają nierealizowaniu zaleceń terapeutycznych. Jest to o tyle istotne, że sytuacja taka najczęściej dotyczy osób starszych. Dla nich charakterystyczna jest wielochorobowość, wobec czego następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych również mogą ulec wielokrotnieniu;
- ♦ **Charakterystyka psychologiczna** - niektóre cechy osobowości, np. pesymizm, brak wiary w siebie, niezorganizowanie, zapominalstwo, sprzyjają



Rysunek 4. Uproszczony model behawioralny determinant przestrzegania zaleceń terapeutycznych (z: van den Bemt et al., Expert Rev. Clin. Immunol. 2012; 8(4): 337-51)

niesystematycznemu leczeniu, podczas gdy wiara w siebie, poczucie sprawowania kontroli nad życiem, świadomość, że żyje się też dla kogoś, korelują z przestrzeganiem zaleceń;

- ♦ **Niska wiedza na temat choroby i leczenia** – wiedza o chorobie i leczeniu nie jest wprawdzie gwarantem przestrzegania zaleceń terapeutycznych, z całą pewnością jednak brak tej wiedzy zdecydowanie zmniejsza motywację pacjentów do systematycznego leczenia, a w wielu przypadkach wręcz je uniemożliwia. Trudno bowiem sobie wyobrazić, żeby na przykład pacjent z cukrzycą typu 1 systematycznie stosował insulinę w odpowiednich dawkach, jeśli nie rozumie jej działania ani nie potrafi modyfikować dawki w zależności od poziomu glikemii;
- ♦ **Poglądy i przekonania** – przedstawiony na rysunku 4 model behawioralny wskazuje, że zanim pacjent podejmie decyzję o leczeniu, dokonuje analizy spodziewanych zysków i strat (zob. też tab. 1). Dopiero gdy szala przeważa na korzyść leczenia i pacjent próbuje je wdrożyć w życie, na przeszkodzie mogą stać rozmaite czynniki (bariery) zewnętrzne. Tymczasem wiele poglądów nie sprzyja leczeniu – działają tak na przykład przekonania pacjenta dotyczące niecelowości prowadzenia leczenia lub zagrożeń związanych z wystąpieniem działań niepożądanych. Do przekonań negatywnie wpływających na systematyczność leczenia należą również nadal często pokutujące wśród polskich pacjentów opinie, że „leki szkodzą na wątrobę” oraz że „antybiotyków nie należy łączyć z alkoholem”. Podobnie wielu pacjentów obawia się stosowania leków zawierających wszelkie hormony, zwłaszcza sterydy, nawet wówczas, gdy są one w postaci wziewnej i ze względu na bardzo małą dawkę nie niosą realnego zagrożenia objawami niepożądanymi.

Podsumowanie

Kluczem do poprawy systematyczności leczenia się przez pacjentów jest poznanie czynników, które dane postępowanie wywołują, a zwłaszcza czynników modyfikowalnych. Należy przy tym pamiętać, że wiele przyczyn nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych nie leży po stronie pacjenta.

Pytania kontrolne

1. Jakie czynniki leżące po stronie lekarzy i całego systemu opieki zdrowotnej najbardziej utrudniają polskim pacjentom systematyczną realizację leczenia?
2. Nieprzyjazny dla pacjenta schemat terapii zniechęca do systematycznego leczenia. Wymień 5 cech leku i/lub terapii, które ciebie najbardziej zniechęciłyby do leczenia.
3. Czy znasz jeszcze jakieś, poza wymienionymi w tym rozdziale, popularne wśród pacjentów poglądy, które mogą negatywnie wpływać na przestrzeganie przez nich zaleceń terapeutycznych?

Warto przeczytać

1. Kardas P., Lewek P., Matyjaszczyk M.: Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front. Pharmacol.*, 2013; 4: 91.
2. Adherence to long-term therapies: evidence for action, red.: Sabate E. World Health Organization, Genewa 2003.
3. Polskiego pacjenta portret własny. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Starogard Gdański 2010.
4. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C.: A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin. Ther.*, 2001; 23(8): 1296-1310.
5. Kardas P.: Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Jak pomóc pacjentom osiągnąć maksimum korzyści z prowadzonego leczenia. *Tribun*, Brno 2008.

5. Możliwości oceny przestrzegania zaleceń terapeutycznych w praktyce lekarskiej

prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp

Aby wdrożyć skuteczne interwencje poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, należy najpierw zidentyfikować tych pacjentów, którzy z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych sobie nie radzą. Biorąc pod uwagę wysoką częstość nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, lekarz w przypadku każdego pacjenta musi sobie odpowiedzieć na pytanie, czy przestrzega on zaleceń, czy też nie. Jak się jednak okazuje, odpowiedź na to podstawowe pytanie nie zawsze jest łatwa. Dlatego warto poznać metody, jakie w tym celu może wykorzystać każdy lekarz, niezależnie od posiadanej specjalizacji i rodzaju chorób, którymi się zajmuje, wraz z ich atutami i ograniczeniami.

Wizyty kontrolne

Niestawienie się pacjenta na zaplanowaną wizytę kontrolną samo z siebie jest formą nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Z dużym prawdopodobieństwem można również domniemywać, że pacjent, który nie stawia się na umówioną wizytę, nie stosuje systematycznie zaleconych leków. Do wyjątków należą wypadki losowe, ale nawet wówczas zdyscyplinowany, współpracujący pacjent ma możliwość poinformowania lekarza o zmianie planów, np. drogą telefoniczną lub SMS-ową. Jeśli więc po taką opcję nie sięga, to wiele wskazuje na to, że leczenie nie znajduje się na szczycie listy jego priorytetów.

Niestety, odwrócenie tego rozumowania przynosi paradoksalne efekty. Lekarzom wydaje się bowiem, że to, iż pacjent stawiał się na wizytę, nierzadko poświęcając na to nie tylko swój czas i wygodę (dojazdu, oczekiwanie wśród innych chorych w poczekalni), ale także własne pieniądze, jest jednoznacznym dowodem zaangażowania pacjenta w proces leczenia i dobrym prognostykiem systematycznego stosowania leków. Rzeczywistość jest jednak bardziej skomplikowana – obecność pacjenta na zaplanowanej kontroli może wynikać na przykład z tego, że nie chce on tracić dobrych relacji z lekarzem, musi zdobyć zwolnienie (zaświadczenie) albo spełnić obietnicę daną partnerowi, rodzicom lub dzieciom. Gdy jednak przyjdzie do realizacji farmakoterapii, inne elementy mogą zacząć odgrywać większą rolę, w efekcie czego pacjent nie będzie stosował zaleconych leków zgodnie z otrzymaną instrukcją. Przykładem niech będzie nastolatek, który zjawia się u lekarza, bo tak chcieli rodzice, ale nie zamierza stosować przepisanych leków przeciwalergicznych w obawie przed przytyciem.

Podsumowując, nie ma znaku równości pomiędzy spontanicznym zgłoszeniem się pacjenta na planowane wizyty kontrolne a realną chęcią systematycznego leczenia, a tym bardziej – rzeczywistą realizacją procesu leczniczego zgodnie z otrzymanymi zaleceniami. Fakt stawiania się na wizyty kontrolne nie pozwala zatem wykluczyć niestosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych.

Efekty kliniczne

Kolejnym często popełnianym przez klinicystów błędem jest próba oceny stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych za pomocą dających się obserwować efektów klinicznych. W rzeczywistości bowiem w zaledwie nielicznych przypadkach efekty działania leku są łatwe do zaobserwowania podczas badania pacjenta. Co więcej, aktualny stan pacjenta w najlepszym przypadku odzwierciedla historię przyjmowania leku w ciągu kilku ostatnich dni, nie jest natomiast dobrym markerem stosowania się do zaleceń terapeutycznych w dłuższym czasie. Oto przykłady:

1. Wolna akcja serca jest wiarygodnym wykładnikiem stosowania przez pacjenta w ostatnim czasie beta-blokerów;
2. Brak obręzków wskazuje na w miarę systematyczne przyjmowanie w ostatnich dniach diuretyków przez pacjenta z niewydolnością krążenia.

Jeszcze rzadziej wybrane parametry pozwalają retrospektywnie ocenić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w dłuższej perspektywie czasowej. Przykładem jest hemoglobina glikowana (HbA1c), której poziom odzwierciedla wyrównanie cukrzycy w ciągu ostatnich 3 miesięcy, a pośrednio pozwala sobie wyrobić opinię dotyczącą przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Szczególnie ryzykowne jest wnioskowanie o zadowalającym przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych na podstawie braku objawów przedmiotowych lub dobrego stanu klinicznego pacjenta. Powodem tego jest naturalny przebieg wielu schorzeń, który charakteryzuje znaczna zmienność nasilenia objawów, w znacznej mierze niezależna od stosowanych leków. Oto przykłady takich sytuacji:

- ♦ Astma – dobre aktualne wyrównanie choroby pacjent może zawdzięczać systematycznemu stosowaniu leków, ale w wielu przypadkach może być ono związane z brakiem kontaktu z alergenem w ciągu ostatnich dni (np. w wyniku zmniejszonego pylenia uczulających roślin);
- ♦ Padaczka – brak napadów padaczkowych, nawet od wielu miesięcy, nie musi być wynikiem codziennego przyjmowania leków. Brak napadów może się pojawić spontanicznie w przebiegu tego schorzenia nawet u tych pacjentów, którzy nie zażywają leków w ogóle;
- ♦ Niski poziom cukru we krwi wcale nie musi być wykładnikiem racjonalnie prowadzonego przez pacjenta samoleczenia, może on za to wynikać z pominięcia posiłku, zwiększonego wysiłku fizycznego lub spożycia alkoholu.

Przykłady można mnożyć. Warto zatem zapamiętać, że tak jak brak oczekiwanego efektu klinicznego nie zawsze jest związany z niesystematycznym leczeniem (może wynikać np. ze zbyt małej dawki stosowanego leku), tak wystąpienie oczekiwanego efektu terapii nie powinno usypiać czujności lekarza związanej z systematycznością przyjmowania przez pacjenta leków.

Wywiad

Często niedocenianą metodą oceny przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest wywiad lekarski. Oczywistym ograniczeniem tej metody jest to, że potrafi ona ujawnić jedynie te przypadki niesystematycznego leczenia, których pacjent jest sam świadomy. Nie jest natomiast w stanie wyjawic nieświadomego nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, czyli na przykład tych przypadków, które wynikają z zapomnienia (zob. rozdział 2). Nie zmienia to faktu, że wywiad lekarski jest metodą skriningu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych powszechnie dostępną, prostą i niegenerującą nadmiernych nakładów ani po stronie czasu pracy lekarza, ani finansów.

Pragnąc efektywnie wykorzystać wywiad do poszukiwania zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, należy jednak wziąć poprawkę na „czynniki ludzkie”. Pacjent, jak każdy człowiek, może nie chcieć udzielić prawdziwej odpowiedzi, jeśli ta stawia go w złym świetle lub stwarza ryzyko innych negatywnych konsekwencji, na przykład zerwania więzi z lekarzem. Jeśli pacjent jest przekonany, że wszyscy chorzy stosują się do otrzymanych zaleceń i tylko jemu to się nie udało, to raczej się do tego



Rysunek 1. Nieskuteczny oraz skuteczny sposób pytania pacjentów o nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych

nie przyzna. Jeśli uważa, że przyznanie się do niepełnej realizacji zaleceń lekarza spowoduje, że lekarz przestanie się nim interesować i o niego dbać, to raczej także nie powie prawdy. Z tego powodu niepraktyczne są pytania sformułowane na przykład w ten

17.07.2014

Wizyta kontrolna, nieuję dolegliwości stenokardialne, sporadycznie odczuwa duszność

Przedmiotowo: Stan ogólny dobry. Akcja serca miarowa 72/min. RR/30/70. Obrzęki (-)

Recepty:

Acard, 2 op.

Simvasteryl 20, 2 op.

Bisocard 5, 2 op.

13.11.2014

Wizyta kontrolna w celu przedłużenia recept. Ok. tygodnia temu 1 epizod bólów zamostkowych

Rysunek 2. Fragment dokumentacji medycznej, który powinien zasugerować lekarzowi możliwość nieprzestrzegania przez pacjenta zaleceń terapeutycznych. Recepty wystawione 17 lipca wystarczą pacjentowi na 56–60 dni leczenia (Acard i Bisocard – 60 dni, Simvasteryl – 56 dni, przy standardowym dawkowaniu 1 tabletką dziennie), tymczasem od 17 lipca do 13 listopada upłynęło 88 dni

sposób: „Czy stosował pan leki według moich wskazówek?”, a zwłaszcza: „Czy na pewno stosował pan leki dokładnie według moich wskazówek?”

Tę samą treść merytoryczną można zawrzeć w takiej formie, która dla wielu pacjentów będzie łatwiejsza do zaakceptowania (rys. 1), na przykład: „Czy nic nie stanęło pani/panu na przeszkodzie w przyjmowaniu leków zgodnie z ustalonym przez nas poprzednio schematem?” albo „Czy nic nie stanęło pani/panu na przeszkodzie w systematycznym przyjmowaniu leków?”

Tak sformułowane pytania pozwolą pacjentowi wyjść z twarzą nawet wówczas, gdy w rzeczywistości nie całkiem stosował się do zaleceń. Co więcej, skupienie się na przyczynach tego zjawiska może być doskonałym punktem wyjścia do podjęcia działań zmierzających do poprawy systematyczności leczenia. Na przykład gdy pacjent na tak postawione pytanie odpowie: „No tak, nawet nie wykupiłem recepty, bo ten lek okazał się dla mnie za drogi”, lekarz może rozważyć wypisanie pacjentowi innego, tańszego specyfiku. Gdy odpowiedź pacjenta wskaże na trudne do połknięcia, duże tabletki, być może uda się znaleźć alternatywny lek o przyjaźniejszej dla pacjenta formie.

Historia wystawiania recept

Równie prostą i powszechnie dostępną metodą skринingu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest analiza wystawionych recept. Jeśli pacjent leczy się na schorzenie przewlekłe, a dany lek powinien być stosowany przez niego stale, to zbyt duży odstęp pomiędzy wystawionymi receptami może świadczyć o niesystematycznym leczeniu (rys. 2). Zaletą tej

metody jest to, że wykorzystuje dane obiektywne, które nie są zależne od pamięci ani dobrej woli pacjenta. Oczywiście każdy przypadek, w którym analiza wystawionych recept wskazuje na niesystematyczne leczenie, wymaga doprecyzowania za pomocą taktownych pytań - to, że pacjent nie otrzymał recepty od tego lekarza (lub żadnego z lekarzy pracujących w danej instytucji i posługujących się wspólną dokumentacją pacjenta), nie jest bowiem jednoznacznym dowodem, że nie otrzymał ich w międzyczasie z innego miejsca - np. od lekarza POZ, specjalisty, lekarza zakładowego lub lekarza praktykującego prywatnie.

W nieodległej przyszłości analiza ta może jednak się stać i łatwiejsza, i pełniejsza. Już dziś informacje o wszystkich zrealizowanych przez danego pacjenta receptach są dostępne w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta (ZIP, www.zip.nfz.gov.pl), czyli portalu, do którego zgodnie z nazwą ma dostęp wyłącznie pacjent. Niedługo ma nastąpić uruchomienie tzw. Projektu P1, czyli Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. W ramach platformy P1 będą dostępne dane o receptach wystawionych danemu pacjentowi przez wszystkich lekarzy oraz o stopniu ich realizacji. Dzięki temu uprawniony pracownik służby zdrowia (przede wszystkim lekarz, być może także farmaceuta, a nawet pielęgniarka - zwłaszcza w sytuacji mającego wkrótce nastąpić udostępnienia pielęgniarkom możliwości wypisywania recept) będzie w stanie zapoznać się z pełną historią realizacji recept przez pacjenta. Pozwoli to wychwycić ewentualne przypadki niesystematycznego leczenia i wdrożyć działania naprawcze.

Liczenie wykorzystanych dawek

Metodą, która ma częste zastosowanie w badaniach naukowych, a sporadycznie może również się przydać w codziennej praktyce lekarskiej, jest liczenie wykorzystanych przez pacjenta dawek (najczęściej tabletek, rzadziej np. dawek leku wziewnego w inhalatorze z licznikiem). Jest to metoda dość prosta, wiąże się jednak z koniecznością dysponowania odpowiednim czasem, wymaga bowiem policzenia wykorzystanych dawek i porównania ich liczby z liczbą dawek, które powinny zostać zużyte w danym okresie (liczbę tę stanowi iloczyn dni leczenia oraz zapisanej dziennej liczby dawek).

W celu uzyskania niezafałszowanych wyników metoda ta wymaga również pewnych przygotowań. Jeśli bowiem poprosi się pacjenta o przyniesienie na wizytę kontrolną swoich leków i da do zrozumienia lub wprost poinformuje, że celem tego przedsięwzięcia jest ocena systematyczności leczenia, to pewna liczba pacjentów, na co dzień nie w pełni stosująca się do zaleceń, „zadba” o to, aby wypaść na kontroli korzystnie. W tym celu albo usunie niewykorzystane tabletki z opakowania, albo po prostu nie przyniesie opakowania leku, tłumacząc się, że zostało ono już wyrzucone w związku z wykorzystaniem wszystkich znajdujących się w nim dawek. Wiarygodność oceny można natomiast poprawić, jeśli liczenie niewykorzystanych dawek przeprowadzi się w sposób niezapowiedziany. W praktyce jest to

możliwe podczas wizyty domowej, a osobą, która może przeprowadzić liczenie wykorzystanych dawek, jest na przykład pielęgniarka środowiskowo-rodzinna. Nie zmienia to jednak faktu, że cała procedura musi się odbyć za zgodą pacjenta lub jego ustawowego opiekuna.

Uproszczoną oceną systematyczności leczenia jest sprawdzenie samego faktu posiadania przez pacjenta właściwych leków, bez wglębiania się w liczbę wykorzystanych dawek. Bezsporne jest bowiem, że jeśli pacjent danego leku nie ma, to tym bardziej nie może go stosować systematycznie. U wielu pacjentów, u których z konieczności stosowana jest polipragmazja, można tę czynność połączyć z okresowym przeglądem leków, mającym na celu uproszczenie terapii, zapobieżenie interakcjom i zweryfikowanie, czy pacjent nie przyjmuje tego samego leku pod różnymi nazwami (co nie jest niemożliwe - zarówno z winy lekarzy, jak i jako następstwo funkcjonującej w Polsce substytucji generycznej, zob. rozdział 7). Wielu pacjentów i ich rodziny pozytywnie zareagują na propozycję takiego „remanentu”, który przy okazji jest w stanie ujawnić ewentualne braki w lekach niezbędnych do leczenia przewlekłego.

Podsumowanie

Ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych na podstawie stanu klinicznego pacjenta jest bardzo zawodna. Lekarz może jednak powziąć uzasadnione podejrzenia co do niesystematycznego leczenia, jeśli pacjent nie stawia się na umówione wizyty kontrolne albo gdy wystawione mu recepty nie zabezpieczają ciągłości leczenia. Najprostszą i choćby z tego powodu wartą stosowania metodą skринingu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest odpowiednio skonstruowany wywiad. Jest on też doskonałym punktem wyjścia do rozpoznania i usunięcia barier leżących na drodze do systematycznego leczenia.

Pytania kontrolne

1. Wskaż przykłady schorzeń lub terapii, w których na podstawie stanu klinicznego pacjenta lekarz nie będzie w stanie wnioskować na temat przestrzegania przez chorego zaleceń terapeutycznych.
2. Czy to możliwe, aby pacjent miał rację, twierdząc, że przyjmował swój lek codziennie, jeśli otrzymał receptę na dwa opakowania leku w dniu 31 marca, a na wizytę kontrolną zgłosił się 7 lipca?
3. Przyszło ci leczyć swojego kolegę po fachu - innego lekarza. Jakie pytanie mu zadasz, by się upewnić, czy systematycznie przyjmował leki, które zostały mu ostatnio przepisane?

Warto przeczytać

1. Kardas P.: Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. Med. Dypł., 2004; 13(2): 16-25.

6. Interwencje poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wprowadzenie

Obowiązujące w Polsce przepisy prawne pozwalają lekarzowi odstąpić od leczenia, jeśli pacjent nie stosuje się do jego zaleceń [1]. Pomoc w systematycznym prowadzeniu terapii wydaje się jednak znacznie lepszym rozwiązaniem, przynosi bowiem korzyści nie tylko pojedynczemu pacjentowi, ale pośrednio także całemu społeczeństwu. Co ważne, takie podejście ma dobre strony także dla samego lekarza, ponieważ pomaga zwiększyć efektywność pracy, umocnić poczucie sprawczości i zwiększyć satysfakcję zawodową.

Proporcjonalnie do liczby przyczyn, które leżą u podstawy nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, opracowano liczne skuteczne interwencje zapobiegające niesystematycznemu leczeniu, a w sytuacji jego wystąpienia są w stanie to niekorzystne zachowanie pacjentów skorygować. Przed lekarzem chcącym pomóc swoim pacjentom leczyć się systematycznie jest zatem dość duży wybór metod – pytanie tylko, po które z nich szczególnie warto sięgać. Przeprowadzony ostatnio przegląd systematyczny [2] wskazał jako metodę szczególnie skuteczną omawianie z pacjentem danych pochodzących z elektronicznego monitoringu przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Niestety nie jest to na razie metoda dostępna powszechnie lekarzom, a zwłaszcza lekarzom w naszym kraju. W związku z tym w niniejszym rozdziale przedstawiono te interwencje, które są łatwo dostępne i szczególnie przydatne w polskich realiach.

Edukacja pacjentów

Edukacja pacjentów jest interwencją, która niemal automatycznie przychodzi na myśl, gdy szuka się działań mogących poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. I rzeczywiście, edukacja może skutecznie zapobiegać niesystematycznemu leczeniu, a w razie nieprawidłowego realizowania przez chorych zaleceń terapii może systematyczność leczenia poprawić.

Istnieją jednak dwa problemy związane z edukacją pacjentów:

- ♦ Lekarze nie lubią edukowania pacjentów, bowiem kojarzy im się ono (niesłusznie!) z dużym nakładem czasu;
- ♦ Edukacja pacjentów to czynnik niezbędny, ale niewystarczający do osiągnięcia pełnego przestrzegania zaleceń.

Co zatem zrobić, żeby osiągnąć korzystny efekt, jaki daje edukacja pacjentów, w realiach codziennej praktyki lekarskiej, gdzie jednemu pacjentowi często można poświęcić nie więcej niż kilkanaście minut? Poniżej przedstawiono praktyczne wskazówki.

Właściwy zakres edukacji: kluczowe informacje, które pacjent zawsze powinien otrzymać, sprowadzają się do trzech elementów:

- ♦ **rozpoznanie** (choruje pani/pan na..., choroba ta, w ogólnym zarysie, polega na tym, że...),
- ♦ **celu terapii** (przepisuję pani/panu ten lek, bo/aby...),
- ♦ **właściwych zaleceń terapii** (ten lek proszę przyjmować ... razy dziennie po ... tabletek w porze ...).

Należy przy tym pamiętać, że pacjenci często nie otrzymują żadnych informacji o celu leczenia, a nierzadko i samego rozpoznania. Lekarze mają tendencję do pomijania dwóch pierwszych punktów i przechodzenia od razu do „technicznej” części zaleceń (np. proszę przyjmować te zielone tabletki 3 razy dziennie przed posiłkiem).

Kto powinien prowadzić edukację? Wymienionych wyżej, podstawowych dla prawidłowego leczenia informacji powinien pacjentowi udzielić lekarz, zwłaszcza w przypadku rozpoznania nowego schorzenia i/lub rozpoczęcia nowego leczenia. Nic jednak nie stoi na przeszkodzie, aby lekarz przedstawił je w formie skrótowej, posiłkując się jednocześnie innymi źródłami informacji, które rozszerzą wiedzę pacjenta (np. drukowanymi materiałami informacyjnymi lub sprawdzonymi stronami internetowymi). Może on też skorzystać z pomocy osób, które będą miały dla pacjenta więcej czasu, np. profesjonalnego edukatora medycznego, pielęgniarki, a zwłaszcza pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, lub w niektórych przypadkach – także farmaceuty (zob. rozdział 9). Jest to celowe zwłaszcza w schorzeniach wymagających większego zaangażowania pacjenta (nawet całej wizyty nie wystarczy na wytłumaczenie pacjentowi, na czym polega cukrzyca, i powiedzenie o wszystkich wyzwaniach związanych z jej leczeniem).

Tak jak najbardziej jednoznaczne ostrzeżenia na paczkach papierosów nie zniechęcają niektórych palaczy do palenia, tak nawet najbardziej zrozumiałe informacje o możliwych konsekwencjach niesystematycznego leczenia (jeśli nie będzie pani/pan brała/brał tych leków systematycznie, to pani/pan umrze) nie są w stanie skłonić wszystkich pacjentów do leczenia zgodnego z otrzymanymi zaleceniami. Nie oznacza to jednak, że z edukacji pacjentów można zrezygnować. Jest to bowiem warunek wstępny przestrzegania zaleceń terapeutycznych, a dodatkowo także etyczny i prawny obowiązek lekarza (skąd zresztą wypływa konieczność dokonania stosownego wpisu w dokumentacji medycznej).

Należy podkreślić, że działania edukacyjne warto okresowo powtarzać, aby zgodnie z psychologicznymi podstawami ludzkich zachowań ułatwić zapamiętanie i zinternalizowanie informacji.

Odpowiednia treść i forma zaleceń terapeutycznych

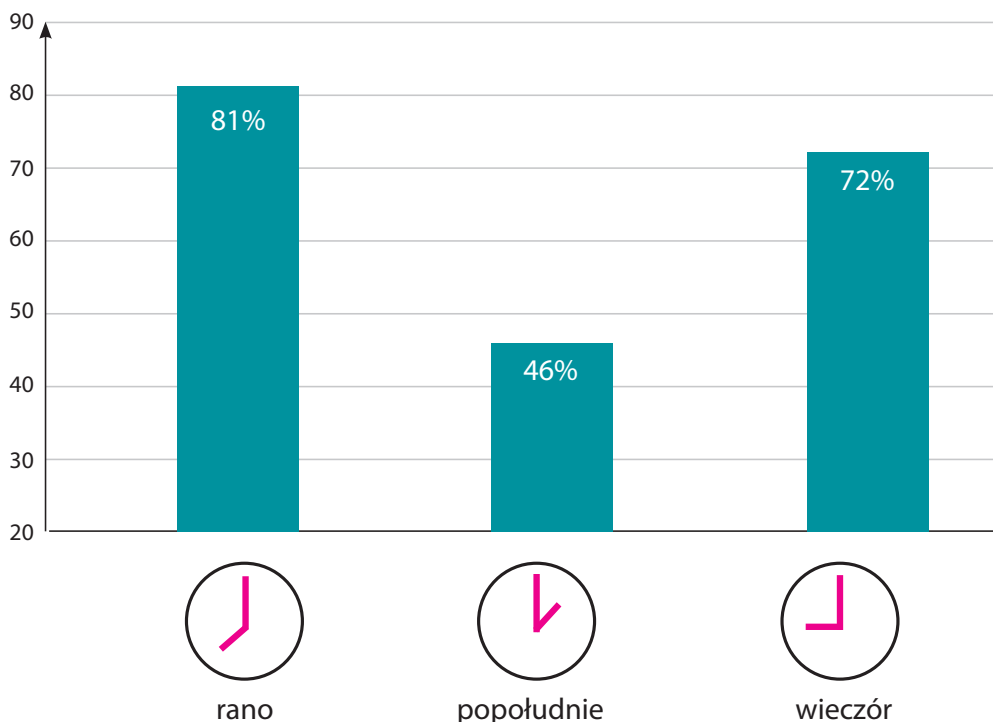
Zalecenia dotyczące przyjmowania leków mogą być obiektywnie proste, a na pewno takie wydają się lekarzom. Jednak nawet nieskomplikowane zalecenia (np. proszę przyjmować ten lek trzy razy dziennie po posiłku) mogą być dla pacjenta wyzwaniem, zwłaszcza jeśli usłyszy je podczas wizyty, której towarzyszy stres i pośpiech. Już sama nazwa leku może być inaczej postrzegana przez lekarza i pacjenta – dla lekarza jest zazwyczaj dobrze znana i budzi określone skojarzenia, pacjent często słyszy ją po raz pierwszy, bywa trudna do wymówienia i pozbawiona skojarzeń ułatwiających zapamiętanie. Sytuacja jeszcze bardziej się komplikuje, jeśli pacjent otrzymuje zalecenia prowadzące się do stosowania więcej niż jednego leku. Oznacza to jedno: aby stworzyć pacjentowi realne szanse na prawidłowe przyjmowanie leków, należy mu wydać zalecenia w formie pisemnej. Najlepszą formą tych zaleceń jest forma tabelaryczna, która pozwala je przekazać w sposób przejrzysty, ułatwiający zarówno zrozumienie, jak i późniejsze wcielenie w życie (poprzez ułatwienie przygotowania porcji leków, które mają być przyjęte o danej porze). Nawet ta forma zaleceń nie powinna jednak zwalniać lekarza z ustnego wytłumaczenia sposobu stosowania leków oraz, co bardzo ważne, z upewnienia się, że pacjent zalecenia zrozumiał i zaakceptował.

Terapia przyjazna dla pacjenta

Stopień przyjazności terapii dla pacjenta w znacznej mierze decyduje o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez te osoby, które mają już za sobą dwa krytyczne punkty: w wyniku edukacji podjęły decyzję o leczeniu, a także znają sam plan leczenia (tj. techniczną część zaleceń). Terapia nieprzyjazna dla pacjenta, trudna w realizacji, stwarza bariery, które nawet silnie zmotywowanemu pacjentowi są w stanie utrudnić

systematyczne leczenie (zob. rozdział 4, rys. 4). Na szczęście wiele tych barier można usunąć z korzyścią dla pacjenta. W szczególności wskazane jest:

- ♦ **Ograniczenie liczby stosowanych leków** - im mniejsza liczba stosowanych leków, tym obiektywnie (m.in. kontrola nad stosowanymi lekami) i subiektywnie (mniejsze obawy o interakcje i działania niepożądane) łatwiej prowadzić pacjentom leczenie. W tym celu należy unikać niepotrzebnej polipragmazji, a w wybranych sytuacjach można się posłużyć lekami złożonymi. Oczywiście najlepszy efekt udaje się osiągnąć, radykalnie ograniczając liczbę stosowanych leków: zmniejszenie liczby przepisanego pacjentowi leków o dwa przyniesie większy efekt, jeśli będzie to redukcja np. z trzech do jednego leku, a nie z dziewięciu do siedmiu leków;
- ♦ **Stosowanie leków o rzadkim dawkowaniu** - im mniejsza liczba przyjęć leku dziennie, tym łatwiej pacjentom leczyć się systematycznie. W praktyce najwygodniejszym schematem leczenia dla pacjentów jest przyjmowanie leków raz dziennie o tej samej porze;
- ♦ **Zalecanie przyjmowania leków o wygodnej dla pacjenta porze** - jak się okazuje, pora przyjmowania leku jest nie bez znaczenia dla przestrzegania zaleceń. Jak wykazały badania, pacjenci najlepiej sobie radzą z przyjmowaniem leków w godzinach porannych (rys. 1);



Rysunek 1. Wpływ pory przyjmowania leków na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (na podstawie: Straka R.J. et al.: J. Clin. Pharmacol. 1996; 36(7): 587-94)

- ♦ **Wybieranie leków wygodnych w użyciu i zgodnych z upodobaniami pacjenta** – zdecydowana większość pacjentów preferuje doustne formy leków, ale jeśli ten sam lek jest dostępny np. w postaci drażetek, tabletek lub kapsułek, to warto go przepisać pacjentowi w formie odpowiadającej jego indywidualnym upodobaniom;
- ♦ **Wybieranie leków w łatwych do użycia opakowaniach** – lekarze, nie mając okazji zobaczenia wielu przepisywanych przez siebie leków, rzadko wiedzą, jak wygląda opakowanie. Istnieją jednak opakowania mniej i bardziej przyjazne dla pacjenta, co ma znaczenie dla wielu chorych, w szczególności mniej sprawnych manualnie (artretyzm, zaburzenia neurologiczne) lub wzrokowo (zaćma, starczowzroczność). Jeśli dany lek jest dostępny w różnych formach opakowania, wybór wygodnego w użyciu opakowania może pacjentom ułatwić realizację terapii;
- ♦ **Stosowanie leków pozbawionych działań niepożądanych**, w szczególności częstych i poważnych;
- ♦ **Wybieranie leków niedrogich** – wprowadzanie tanie leki nie dają gwarancji pełnego stosowania się pacjentów do zaleceń terapeutycznych, ale przynajmniej zapewniają możliwość systematycznego leczenia (zob. rozdział 7);
- ♦ **Stosowanie terapii krótkotrwałych** – ponieważ z różnych powodów wraz z upływem czasu maleje motywacja pacjentów do leczenia, stosowanie terapii krótkotrwałych przyczynia się do systematycznego leczenia. Niestety, interwencja ta nie ma zastosowania w przypadku chorób przewlekłych, które wymagają leczenia bezterminowego.

Aktywny współudział pacjenta w terapii

Jest wiele powodów, dla których aktywne włączenie pacjenta w proces diagnostyczno-terapeutyczny ma korzystny efekt na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Oto kilka z nich:

- ♦ Sytuacja bycia chorym jest związana z nieprzyjemnym uczuciem utraty kontroli nad własnym ciałem i zdrowiem („moje ciało mnie zawodzi”). Kontrolę tę, a także towarzyszące jej poczucie bezpieczeństwa, do pewnego stopnia można odzyskać, aktywnie włączając się w proces leczenia, co bezpośrednio prowadzi do lepszej systematyczności leczenia;
- ♦ Pacjent, który podejmie się samokontroli parametrów istotnych dla danej choroby (np. ciśnienia krwi w nadciśnieniu, poziomu glikemii w cukrzycy, wagi ciała w niewydolności krążenia, szczytowego przepływu wydechowego w astmie), sam będzie mógł obserwować korzystne efekty systematycznego leczenia i w ten sposób „nagradzać” swój trud włożony w realizację zaleceń terapeutycznych;

- ♦ Systematyczna samokontrola ułatwi pacjentowi pamiętanie o konieczności przyjęcia kolejnych dawek leku;
- ♦ Pacjent, któremu lekarz powierza część obowiązków związanych z leczeniem danego schorzenia, czuje się doceniony z racji stania się „ekspertem do spraw swojej choroby”, co sprawia, że jego motywacja do leczenia wzrasta.

Każdy pomysł na aktywny współdziałania pacjenta w leczeniu jego schorzenia jest więc warty rozważenia. Co istotne, wiele z tych działań nie wiąże się z dużymi kosztami (np. aparat do mierzenia ciśnienia wystarczający do pomiarów domowych można nabyć już za mniej niż 100 zł), a przynosi nad wyraz korzystne wyniki. Przy okazji skrupulatnie prowadzone przez pacjenta obserwacje ułatwiają potem lekarzowi podejmowanie decyzji terapeutycznych. Podsumowując, czas włożony w nauczanie pacjenta samodzielnej kontroli swojego schorzenia nie jest czasem straconym.

Satysfakcja pacjenta

Zadowolenie pacjenta z wyników osiągniętych w efekcie leczenia jest silnym czynnikiem motywującym do systematycznej kontynuacji terapii. Oczywiście zadowolenie to najłatwiej osiągnąć, jeśli w wyniku leczenia poprawia się stan zdrowia pacjenta i ustępują uciążliwe dla niego objawy. Takiego sukcesu nie ma co jednak oczekiwać w chorobach z natury skąpo- lub bezobjawowych. Nie oznacza to jednak, że lekarz nie może się przyczynić do pojawienia się u pacjenta satysfakcji nawet w przebiegu leczenia tego typu schorzeń. Wyznaczenie wraz z pacjentem realnych celów leczenia, a następnie wspólne monitorowanie postępów terapii oraz zauważanie i docenianie ich osiągnięcia może być dla wielu pacjentów cenną „nagrodą”, źródłem niemałej satysfakcji, która może się przerodzić w zwiększoną motywację do systematycznego leczenia. Wielu pacjentom miło będzie na przykład usłyszeć od lekarza słowa: „Widzę, że zgodnie z umową prowadził pan pomiary ciśnienia w domu. Cieszę się, że udało się panu uzyskać tak dobrą kontrolę ciśnienia”.

Gdy naturalna motywacja do podjęcia leczenia jest niska, warto wykrzesać z pacjenta „satysfakcję nie wprost”. Na przykład dziecko nie będzie się przejmowało swoim stanem zdrowia za lat 20-30, dlatego warto zaproponować jakąś namacalną nagrodę, jeśli kosztem wyrzeczeń dietetycznych (rezygnacji ze słodczy) oraz zaakceptowania niezbyt przyjaznego reżimu leczenia (iniekcje insuliny, pobieranie próbek krwi w celu określania poziomu glikemii) udaje się mu osiągnąć prawidłową kontrolę glikemii. Nagrodą tą może być przyznanie przez rodziców większego kieszonkowego albo przywilej kładzenia się do łóżka pół godziny później niż zwykle.

Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne zwiększa motywację pacjentów do leczenia oraz ułatwia jego realizację. Co jednak może zrobić w tym kierunku lekarz? Jest kilka praktycznych działań, które może podjąć:

- ♦ **Odwołanie się do doświadczeń innych** – pacjenci często nie wierzą we własne siły i obawiają się, że nie podolają trudom leczenia. W tej sytuacji niesystematyczne leczenie lub wręcz przerwanie terapii jest samospełniającą się przepowiednią. Lekarz może jednak przytoczyć doświadczenia innych znanych mu pacjentów, aby wykazać, że pozornie trudne do wdrożenia leczenie jest wykonalne, mówiąc na przykład: „Znam wielu chorych, którzy z powodzeniem stosują ten lek wziewny, który właśnie pani/panu przepisałem” lub „Zdaję sobie sprawę, że codzienne nakłuwanie palca to nic przyjemnego, ale wielu naszych pacjentów robi to od dawna bez większych problemów”;
- ♦ **Włączenie do realizacji terapii bliskich chorego** (rodziny, znajomych, sąsiadów) – czasami włączenie w prowadzone działania bliskich chorego jest wręcz warunkiem *sine qua non* – nie należy na przykład oczekiwać, że mężczyzna po zawale zmieni dietę na niskocholesterolową, jeśli kuchnią zajmuje się żona, a ta – w dobrej wierze – dla wzmocnienia po chorobie będzie mu serwować schabowego na przemian z golonką. Jeśli więc tylko pacjent wyrazi na to zgodę, warto, by na wizytę przyszedł z kimś, kto jest dla niego ważny i kto będzie się o niego troszczył. Następnie w obecności tej osoby należy przekazywać informacje dotyczące celów leczenia oraz jego metod;
- ♦ **Fora internetowe oraz stowarzyszenia pacjentów** mogą dla wielu chorych stanowić istotne źródła wsparcia w trudach systematycznego leczenia chorób przewlekłych, a dodatkowo służyć praktycznymi, istotnymi dla przebiegu terapii informacjami, np. gdzie taniej kupić leki, jak sobie radzić z działaniami niepożądanymi. Warto więc, aby pracownicy opieki zdrowotnej zachęcali pacjentów do skorzystania z takich możliwości;
- ♦ **Zainteresowanie systematycznością leczenia ze strony pracowników medycznych** – większość ludzi darzy lekarzy i innych pracowników medycznych dużym zaufaniem i traktuje ich jako autorytety w dziedzinie zdrowia. Dzięki temu to, co powie lub zrobi lekarz, pielęgniarka lub farmaceuta, jest traktowane bardzo poważnie. Warto wykorzystać tę naturalną skłonność: samo zainteresowanie systematycznością leczenia ze strony lekarza wskazuje pacjentowi, że jest to temat istotny dla powodzenia terapii. Podobnie rzecz ma się z pielęgniarką (zob. rozdział 8) lub farmaceutą (zagadnienie przestrzegania zaleceń terapeutycznych lokuje się wśród najważniejszych elementów opieki farmaceutycznej, zob. rozdział 9). Dodatkowo tylko osobiste zainteresowanie pracownika medycznego przebiegiem leczenia pacjenta pozwoli ujawnić przyczyny ewentualnego nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych i podjąć próbę wdrożenia odpowiednich, zindywidualizowanych działań naprawczych.

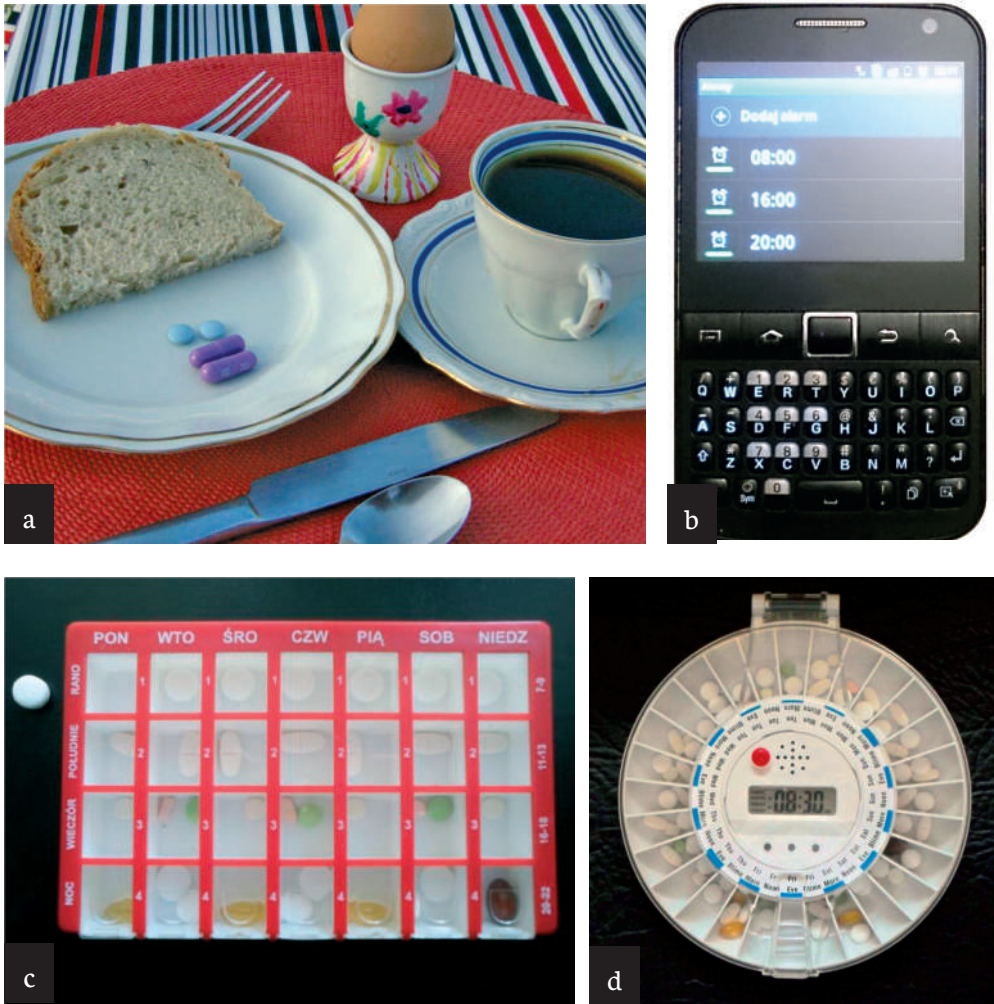
Przypomnienia

Jednym z istotnych mechanizmów, który prowadzi do niepełnej realizacji zaleceń terapeutycznych, jest zapominanie przez pacjentów o przyjęciu leków. Warto mu zapobiegać, tym bardziej że dotyczy tych pacjentów, którzy są już zmotywowani do leczenia i dzięki temu mogą na nim najwięcej zyskać. Na szczęście jest wiele prostych metod, które ułatwiają pacjentom systematyczne przyjmowanie leków (rys. 2):

- ♦ **Połączenie przyjmowania leków z codziennymi rytuałami** – mogą to być: wstawanie lub kładzenie się do łóżka, poranna i wieczorna toaleta, mycie zębów, a przede wszystkim posiłki (rys. 2a) – większość ludzi spożywa je bowiem w miarę systematycznie, o stałych godzinach. Oczywiście niektóre leki wymagają precyzyjnego dawkowania co 6, 8 czy 12 godzin, a dobowy rozkład posiłków nie do końca z tym rytmem koresponduje. W większości przypadków jednak korzyści wynikające z przypominania poprzez posiłki o przyjęciu kolejnych dawek zdecydowanie przeważają nad ewentualnymi następstwami przyjmowania leków w nierównych odstępach czasu. Ponadto większość leków jest obecnie stosowana nie częściej niż dwa razy dziennie, co pozwala skorelować ich przyjęcie z posiłkami (nawet wówczas rytm posiłków, zakładający śniadanie o 7.00, obiad o 15.00, a kolację o 19.00, generuje pomiędzy posiłkami odstępy wynoszące odpowiednio 8, 4 i 12 godzin);
- ♦ **Ustawienie alarmu** – w budziku albo telefonie komórkowym (zwłaszcza ta druga opcja pozwala na proste ustawienie kilku przypomnień w ciągu dnia, rys. 2b);
- ♦ **Użycie organizatorów na leki** – mniej skomplikowane, niedrogie kasetki na leki dostępne są finansowo dla każdego pacjenta, a ich użycie daje korzyść dwojaką – pozwala przygotować z wyprzedzeniem, jednocześnie, wiele dawek leku, co zapobiega pomyłce w dawkowaniu (zwłaszcza przy stosowaniu większej liczby leków), a jednocześnie przypomina o przyjęciu leków, gdyż każda kolejna dawka jest oznaczona godziną lub porą dnia (rys. 2c). Dostępne są również bardziej zaawansowane urządzenia automatyczne wyposażone w alarm świetlny i akustyczny, a w niektórych przypadkach – automatycznie wydające pacjentowi leki do przyjęcia o danej porze (rys. 2d). Najbardziej zaawansowane urządzenia tego typu mogą nawet powiadamiać członka rodziny lub opiekuna o nieprzyjęciu przez pacjenta kolejnej dawki.

Aplikacje internetowe i mobilne

Wraz z coraz powszechniejszym wykorzystaniem komputerów i smartfonów rośnie liczba systemów telemedycznych, technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych wspomagających działania związane z ochroną zdrowia (e-zdrowie, eHealth) i aplikacje zdrowotnych dostępnych na urządzeniach mobilnych (m-zdrowie, mHealth). Nie wszystkie

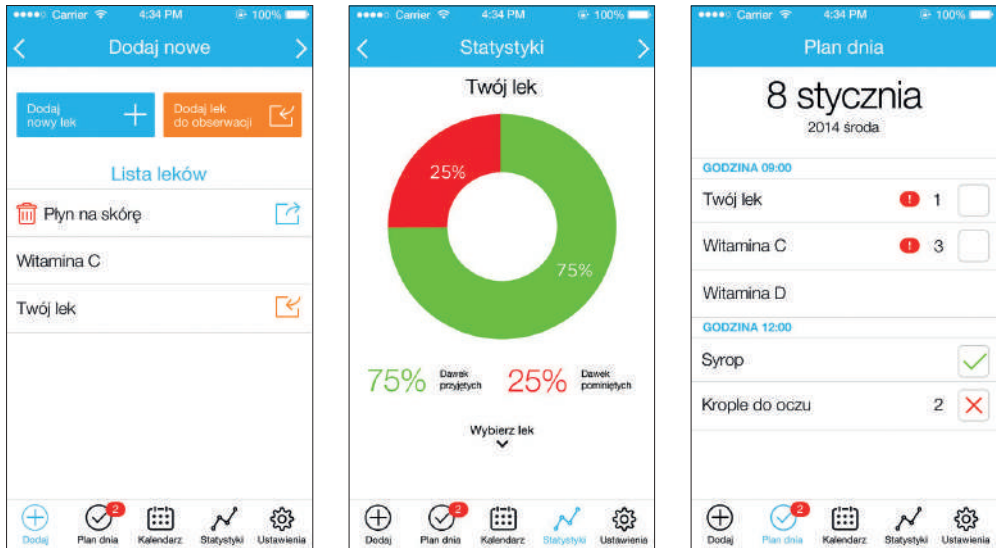


Rysunek 2. Do przypominania o systematycznym przyjmowaniu leków mogą służyć pacjentom różne czynności, np. spożywanie posiłków (a), urządzenia, np. alarm w telefonie komórkowym (b), kasetki na leki (c) lub automatyczne dyspensery leków (d)

z nich dostępne są wprawdzie w Polsce, należy jednak się spodziewać, że z roku na rok oferta ta będzie gwałtownie się poszerzać. Obecnie lub w najbliższej przyszłości w celu poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych można wykorzystać:

- ♦ **ZIP** - Zintegrowany Informator Pacjenta (www.zip.nfz.gov.pl), który pozwala przesłać realizację kolejnych recept wystawionych danemu pacjentowi przez różnych lekarzy. Ograniczeniem ZIP jest to, że bezpośredni dostęp do niego ma wyłącznie pacjent;
- ♦ **Platformę P1**, czyli Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Platforma P1 będzie obsługiwać m.in. elektroniczne recepty oraz internetowe konto pacjenta. Dzięki

temu pracownik służby zdrowia po upoważnieniu przez pacjenta uzyska dostęp do danych o realizacji przez pacjenta kolejnych recept. W razie potwierdzenia ich niesystematycznej realizacji, pozwalającej wnioskować o niesystematycznym leczeniu, pracownik medyczny będzie mógł podjąć z pacjentem dyskusję o przyczynach zaistniałej sytuacji oraz o możliwych działaniach zaradczych. Jest to o tyle istotne, że jak wykazała niedawna metaanaliza, największą poprawę przestrzegania zaleceń terapeutycznych notuje się właśnie dzięki omawianiu z pacjentem wyników elektronicznej oceny przestrzegania zaleceń terapeutycznych [2]:



Rysunek 3. Aplikacja Moje Leczenie – ekrany aplikacji pokazujące statystyki przyjętych dawek

- ♦ **Aplikacje mobilne** - niedawny przegląd zidentyfikował 160 takich aplikacji [4]. Przypominają one o przyjęciu kolejnych dawek, a dodatkowo często są wyposażone w inne przydatne funkcje. Z dostępnych w języku polskim warta wymienienia jest bezpłatna aplikacja Moje Leczenie (dostępna na systemy Android i iOS oraz komputery), która monitoruje przebieg terapii, wyświetla statystyki dawek przyjętych i pominiętych, a także pozwala osobie drugiej (np. członkowi rodziny lub opiekunowi) sprawdzać, czy pacjent nie pominął zaleczonej dawki (rys. 3).

Podsumowanie

Wiele prostych działań, które może podjąć każdy lekarz, przyczynia się do poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Ważne role do odegrania w tym procesie mają także inni pracownicy ochrony zdrowia, na czele z pielęgniarkami i farmaceutami.

Żadna z opisanych interwencji nie daje wprawdzie całkowitej gwarancji pełnego przestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych, warto jednak wykorzystać efekt synergistyczny łączenia dwu lub więcej interwencji u tego samego pacjenta, a z czasem poprzez ich ponawianie zapobiec zmniejszeniu się ich efektu [3].

Pytania kontrolne

1. Gdyby stan zdrowia wymagał od ciebie codziennego przyjmowania leków, jaka interwencja mogłaby ci to ułatwić?
2. Wdrożenie których interwencji mających na celu poprawę systematyczności leczenia zalecałbyś mocno obciążonemu pracą klinicyście?
3. Wymień co najmniej trzy kierunki działań podejmowanych przez przemysł farmaceutyczny w celu poprawy przestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych.

Warto przeczytać

1. Zajdel J.: Obowiązek udzielania pomocy. Kiedy lekarz może odstąpić od leczenia? *Gaz. Lekarska*, 2010; 1(229): 26-27.
2. Demonceau J., Ruppard T., Kristanto P. et al.: Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: a systematic literature review and meta-analysis. *Drugs*, 2013; 73(6): 545-562.
3. Nieuwlaat R., Wilczynski N., Navarro T. et al.: Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2014; 11: CD000011.
4. Dayer L., Heldenbrand S., Anderson P., et al.: Smartphone medication adherence apps: potential benefits to patients and providers. *J. Am. Pharm. Assoc.*, (2003) 2013; 53(2): 172-181.

7. Rola leków generycznych w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych

dr n. med. Paweł Lewek

I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp

Wydatki na leki rosną rokrocznie na całym świecie. Szacuje się, że w 2014 r. przekroczą 1 trylion dolarów, osiągając do 2017 r. 1,2 tryliona. Apteczny rynek leków wydawanych na receptę wzrósł w I kwartale 2013 r. aż o 12,8 proc. Mimo reformy polityki refundacyjnej w 2012 r. i wysokiego użycia tańszych odpowiedników (stanowią one 78 proc. wszystkich sprzedawanych opakowań) Polacy wciąż pozostają na czele listy krajów Unii Europejskiej, których pacjenci dopłacają najwięcej do leków refundowanych. Ponieważ wzrasta liczba osób żyjących poniżej minimum egzystencji (w 2013 r. z powodu skrajnej biedy cierpiało 7,4 proc. Polaków), wydaje się niezbędne poszukiwanie oszczędności w systemie ochrony zdrowia umożliwiających również mniej zamożnym Polakom dostęp do efektywnych terapii lekowych.

Definicja leku generycznego

Jednym ze skutecznych sposobów oszczędzania w systemach opieki zdrowotnej jest zwiększenie wykorzystania leków generycznych. Europejska Agencja ds. Leków (European Medicines Agency, EMA) definiuje „generyczny produkt medyczny” jako produkt medyczny posiadający w stosunku do leku oryginalnego:

- ♦ tę samą kompozycję substancji aktywnej pod względem jakościowym i ilościowym,

- ♦ tę samą formę farmaceutyczną,
- ♦ potwierdzoną skuteczność działania za pomocą badania biorównoważności.

Badanie biorównoważności

W Polsce leki generyczne są produkowane i stosowane od dawna. Początków idei wprowadzenia badania biorównoważności jako potwierdzenia działania produktu generycznego należy szukać na początku lat 70. XX wieku, kiedy to odkryto, że powodem licznych raportów o zatruciu digoksyną produkowaną przez brytyjski koncern farmaceutyczny była zmiana w procesie wytwarzania tego leku. Okazało się wtedy, że dwa produkty farmaceutycznie jednakowe, to znaczy zawierające tę samą ilość substancji w tej samej dawce, nie muszą być biorównoważne, czyli podane do ustroju mogą wywierać różny efekt, również toksyczny.

Aby lek generyczny trafił do sprzedaży, jego producent musi wykazać, że produkt ten jest równoważny z lekiem oryginalnym. Sposób potwierdzenia tego faktu regulują wytyczne Europejskiej Agencji ds. Leków. Zgodnie z tymi wskazówkami badanie biorównoważności polega na porównaniu dwóch formuł w randomizowanym, dwuokresowym, dwusekwencyjnym naprzemiennym badaniu z użyciem pojedynczej dawki leków (*randomised, two-period, two-sequence single dose crossover design*). Ponieważ cząsteczki poddawane takim badaniom mają bardzo różne właściwości, wytyczne są jedynie rekomendacją, w jaki sposób badanie biorównoważności powinno zostać przeprowadzone. W rzeczywistości dopuszcza się odstępstwa od przedstawionych zasad, na przykład dla substancji o bardzo długim okresie półtrwania dopuszcza się badania równoległe (*parallel design*) lub wielokrotne powtarzanie badania dla substancji z wysoce zmienną charakterystyką farmakokinetyczną.

Badanie biorównoważności przeprowadza się u zdrowych ochotników w liczbie 18-24, dorosłych w wieku 18-55 lat o indeksie masy ciała w przedziale 18,5-30 kg/m². Na podstawie uzyskanych pomiarów rysuje się wykres stężenia leku w surowicy krwi w zależności od czasu (rys. 1). Bazując na powstałej krzywej, można wyliczyć wiele parametrów, z których najważniejsze, czyli AUC (*area under curve* - pole powierzchni pod krzywą) i C_{max} (maksymalne stężenie), muszą pozostawać w granicach 80-125 proc. w stosunku do pola pod krzywą produktu oryginalnego, tak by lek generyczny mógł być uznany za biorównoważny, a tym samym został dopuszczony do obrotu. Akceptowanie niewielkiej różnicy w stężeniu leku we krwi jest oparte na przesłance, że taka różnica nie będzie miała istotnego znaczenia klinicznego. Można to porównać do stosowania tej samej dawki antybiotyku u osób dorosłych ważących 50 i 100 kg. Podobne stężenie leków w surowicy krwi świadczy o podobnej biodostępności, a tym samym o podobnym efekcie terapeutycznym. Wieloletnie doświadczenie kliniczne potwierdziło, że tak jest w rzeczywistości i produkty generyczne, podobnie jak leki oryginalne, zapewniają skuteczne leczenie.

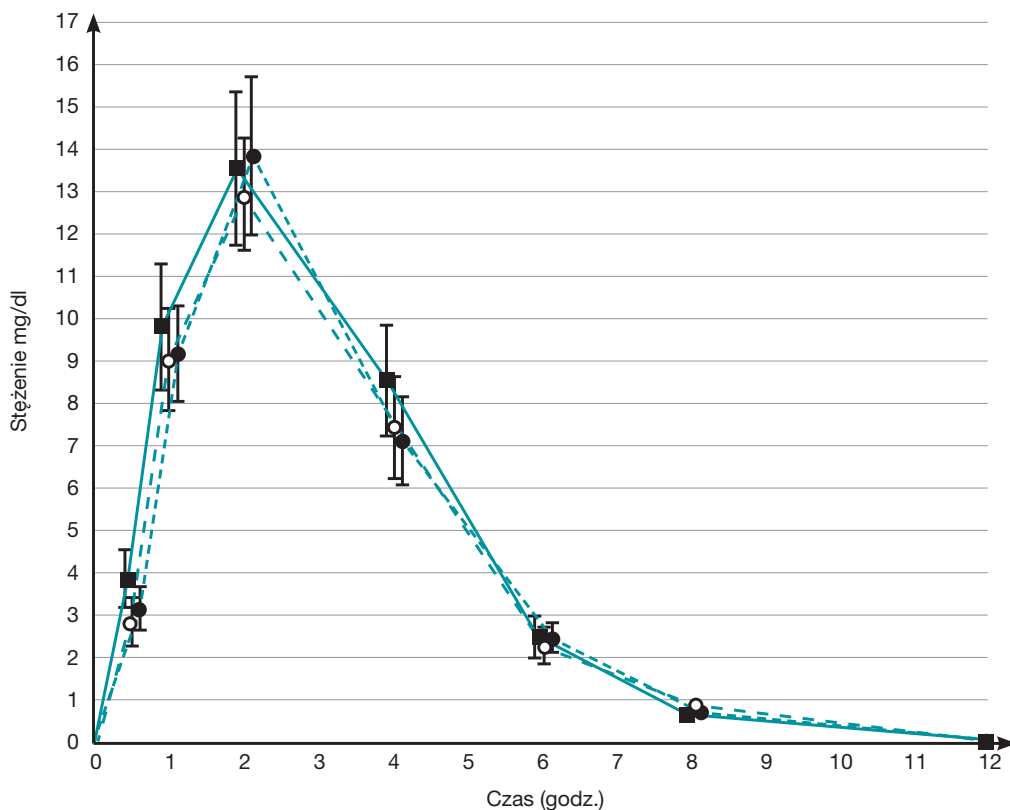
Jeżeli zatem producent leku generycznego wykaże jego biorównoważność w stosunku do produktu oryginalnego, lek ten może zostać zarejestrowany, a tym samym dopuszczony do sprzedaży.

Podział leków generycznych

Ze względu na nazwę handlową leki generyczne dzieli się na trzy główne grupy:

- ♦ generyki markowe (leki rozprowadzane pod własną nazwą handlową),
- ♦ generyki półmarkowe (leki rozprowadzane pod nazwą producenta poprzedzoną nazwą aktywnej substancji chemicznej),
- ♦ generyki niemarkowe (leki rozprowadzane pod nazwą międzynarodową).

W Polsce najbardziej rozpowszechnione są generyki markowe, mające własną nazwę handlową, np. Acard (kwas acetylosalicylowy firmy Polpharma), Anapran (naproksen firmy Adamed). Przykładami generyków półmarkowych są Azithromycin - ratiopharm 500



Rysunek 1. Zależność stężenia leku w surowicy krwi od czasu uzyskania w wyniku badania biorównoważności. Białe koła – wartości dla leku oryginalnego, czarne koła i czarne kwadraty – wartości dla dwóch oddzielnych leków generycznych

(azytromycyna firmy Ratiopharm) lub Apo-Rami (ramipryl firmy Apotex Inc.), a generyków niemarkowych - Paracetamol 0,5 (paracetamol firmy Filofarm) lub Tramadol (tramadol firmy Synteza).

Substytucja generyczna

Polskiemu pacjentowi dostęp do leków generycznych gwarantuje prawo. Artykuł 44 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z późniejszymi zmianami nakłada na aptekarza obowiązek poinformowania pacjenta o możliwości nabycia leku generycznego tańszego niż lek przepisany na receptę. Co więcej, apteka ma obowiązek zapewnić dostępność tego leku i wydać go na życzenie pacjenta. Proces ten nazywa się substytucją generyczną. Zapewnia on pacjentom dostęp do najtańszych leków, umożliwiając skuteczne i możliwie najmniej kosztowne leczenie. Powyższe zapisy dotyczą jedynie leków objętych refundacją, co oznacza, że jeśli lek nie znajduje się na wykazie leków refundowanych, aptekarz nie ma obowiązku informowania pacjenta o ewentualnie dostępnych zamiennikach. Informacji takiej pacjent nie uzyska również, jeśli lekarz na receptę przy wypisanym leku refundowanym zamieścił adnotację „nie zamieniać” lub równoważne „NZ”. Warto również pamiętać, że cena leków refundowanych jest w każdej aptece taka sama, natomiast leków nierefundowanych - nie. Sprzedając lek tańszy, farmaceuta otrzyma mniejszy przychód z marży, dlatego zapis o nakazie informowania o tańszych lekach w prawie jest konieczny, by zapewnić do nich dostęp pacjentom.

Leki generyczne a przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

Główną zaletą leków generycznych jest ich niższa cena w porównaniu z oryginalnymi preparatami przy takiej samej skuteczności. Dzięki wspomnianemu kryterium badania biorównoważności leki te nie muszą być poddawane kosztownym badaniom klinicznym, ich cena może być niższa, co zapewnia oszczędności pacjentom i płatnikowi publicznemu. Ponieważ obniżenie kosztów ponoszonych przez pacjenta na leczenie pozytywnie wpływa na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, można przypuszczać, że zamiana leku oryginalnego na tańszy generyczny będzie również poprawiała przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Znalazło to potwierdzenie w przypadku wielu grup leków.

Grupy leków, co do których potwierdzono poprawę przestrzegania zaleceń terapeutycznych po zmianie leku oryginalnego na generyczny w opublikowanych badaniach:

- ♦ antybiotyki (El-Chaar i wsp. 1996),
- ♦ blokery kanałów wapniowych (Shrank i wsp. 2006),

- ♦ statyny (Shrank i wsp. 2006, Romanelli i wsp. 2014, Gagne i wsp. 2014),
- ♦ doustne środki antykoncepcyjne (Shrank i wsp. 2006),
- ♦ wziewne kortykosteroidy (Shrank i wsp. 2006),
- ♦ blokery receptora angiotensyny (Shrank i wsp. 2006, Ude i wsp. 2011),
- ♦ inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (Shrank i wsp. 2006),
- ♦ leki przeciwdepresyjne (Bao i wsp. 2013),
- ♦ leki stosowane w leczeniu osteoporozy (Colombo i wsp. 2013),
- ♦ inhibitory aromatazy (Hershman i wsp. 2014),
- ♦ leki przeciwcukrzycowe (Trotta i wsp. 2014).

Efekt nocebo

Na drodze do właściwego przestrzegania zaleceń terapeutycznych z wykorzystaniem leków generycznych może stać się efekt nocebo. Placebo, czyli substancja obojętna dla organizmu, za sprawą psychiki pacjenta jest w stanie wywołać u niego pozytywny efekt terapeutyczny, nocebo zaś wywołuje objawy negatywne. Efekt ten opisuje się w sytuacji, w której pacjenci zgłaszają objawy niepożądane w żaden sposób niezwiązane z przyjmowaną przez nich substancją farmakologiczną. Szacuje się, że szczególnie w grupie osób z problemami natury psychologicznej efekt nocebo po zmianie leku oryginalnego na generyczny może dotyczyć jednego na trzech pacjentów. Po zmianie leku mogą oni zgłaszać dodatkowe objawy niepożądane, mimo iż akceptują oni substytucję generyczną (tj. zamianę leku oryginalnego na generyczny). Objawy te mogą zmniejszyć przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez niektórych pacjentów, dlatego tak ważna jest edukacja ze strony lekarzy i farmaceutów dotycząca prewencji wystąpienia efektu nocebo po zmianie leku na generyczny. W przypadku wystąpienia takich objawów należy utwierdzić pacjenta w przekonaniu, że obecnie nie wykazano, by leki generyczne w jakikolwiek sposób ustępowały lekom oryginalnym, z tego powodu pojawiające się po zmianie leku objawy niepożądane nierzadko mogą być związane z psychiką pacjenta aniżeli z rzeczywistym działaniem leku.

Negatywny wpływ leków generycznych na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

Istnieją również doniesienia o możliwym negatywnym wpływie leków generycznych na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. W jednym z badań wykazano, że terapia lekami generycznymi może pogarszać przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w przypadku nadciśnienia i niedoczynności tarczycy. Opublikowane badanie było jednak sponsorowane przez firmę farmaceutyczną produkującą leki oryginalne, co podaje w wątpliwość rzetelną analizę przedstawionych danych.

Choć większość prac wskazuje, że zmiana leków z oryginalnych na generyczne wpływa na poprawę przestrzegania zaleceń terapeutycznych, w specyficznych grupach pacjentów zależność ta może być wręcz odwrotna. Na przykład w populacji pacjentów chorych na schizofrenię zamiana leku oryginalnego na generyczny może być niekorzystna. Pacjenci ci są nadmiernie podejrzliwi, niechętni do zmian, wykazują zaburzenia urojeniowe – zmianę leku mogą zatem postrzegać jako próbę otrucia. Dlatego pozostawienie w ich przypadku dotychczasowej, mimo że pozornie droższej, formy leczenia może być korzystne długofalowo i być efektywniejszą kosztowo alternatywą.

Podsumowanie

Leki generyczne, czyli tańsze odpowiedniki leków oryginalnych, są dostępne dla każdego pacjenta dzięki niższej cenie. Substytucja generyczna umożliwia dostęp do leków generycznych pacjentowi, nawet jeżeli na receptce wypisane są tylko leki oryginalne. Proces ten jest jak najbardziej korzystny, gdyż w wielu publikacjach udowodniono pozytywny wpływ zamiany leków na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Lekarze w celu poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych powinni przepisywać swoim pacjentom leki generyczne zamiast oryginalnych, zawsze gdy taka możliwość istnieje. Co więcej, jak wskazują badania własne autora, przekonanie o skuteczności leków generycznych wśród polskich pacjentów jest wysokie, nie stoi ono zatem na przeszkodzie do skutecznego używania tańszych odpowiedników. Za większym wykorzystaniem leków generycznych przemawiają poza tym rosnące koszty opieki zdrowotnej, ubożenie społeczeństwa, biorównoważność leków generycznych oraz poprawa przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Pytania kontrolne

1. Jaki wpływ mają leki generyczne na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych?
2. Jakie grupy leków generycznych badano pod kątem ich wpływu na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w porównaniu z lekami oryginalnymi?
3. Co oznacza termin „substytucja generyczna”?
4. Co to jest efekt nocebo? Dlaczego warto o nim pamiętać, zamieniając pacjentowi lek oryginalny na generyczny?

Warto przeczytać

1. European Medicines Agency. Committee for Medicinal Products for Human Use. Guideline on the investigation of bioequivalence. Doc. ref. CPMP/EWP/QWP/1401/98 Rev. 1/ Corr.

2. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z późniejszymi zmianami. DzU z 2011 r., nr 122, poz. 696.

8. Rola pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych

dr hab. n. zdr. Barbara Ślusarska

Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego Katedry Onkologii i Zintegrowanej Opieki Środowiskowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna w systemie opieki zdrowotnej sprawuje opiekę pielęgniarską w formie wizyt w domu pacjenta głównie w przypadku schorzeń przewlekłych wymagających opieki długotrwałej (nad osobą niepełnosprawną, obłożnie i przewlekle chora), jak również w sytuacjach ostrych zachorowań. Opieka pielęgniarska obejmuje całokształt działań podejmowanych na rzecz pacjenta, we współpracy z nim i/lub jego rodziną lub opiekunem oraz z pozostałymi członkami zespołu medycznego, w celu zapewnienia dobrostanu zdrowotnego i/lub dobrostanu w chorobie, który pacjent mógłby osiągnąć i utrzymywać sam, gdyby miał do tego potrzebną siłę, wolę lub wiedzę. W pracy pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej ważne są również działania obejmujące świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki, diagnostyki i leczenia, pielęgnowania oraz podstaw rehabilitacji.

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjenta stanowi jeden z podstawowych warunków skuteczności stosowanej terapii. Problem ten wiąże się nie tylko z przyjmowaniem przez pacjenta produktów farmaceutycznych zgodnie z ordynacją lekarską, ale także z przestrzeganiem zaleceń w obszarze leczenia nefarmakologicznego, takich jak stosowanie diety, aktywność fizyczna, ograniczenie lub rezygnacja z używek, umiejętność radzenia sobie ze stresem lub kontrola wybranych parametrów zaburzonych funkcji organizmu. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest problemem często

spotykanym przez pielęgniarki środowiskowe w ich praktyce zawodowej, występującym zarówno w przypadku schorzeń ostrych, jak i przewlekłych. Zjawisko to stwarza wiele niebezpieczeństw, szczególnie w leczeniu chorób przewlekłych.

Praca pielęgniarki z pacjentem w jego środowisku zamieszkania i w ramach codziennego życia stwarza dogodne warunki zarówno do rozpoznawania, jak i optymalizacji zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych na poziomie indywidualnego pacjenta, rodziny, społeczności oraz na poziomie współpracy z innymi członkami zespołu medycznego. Specyfika pracy pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej to częstszy kontakt z pacjentem i obecność przy nim w środowisku domowym, dzięki czemu powstają sytuacje sprzyjające rozmowom o problemach i obserwacji działań podejmowanych przez pacjenta, które stają się podstawą do pełnego określenia charakteru i zakresu zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. W praktyce bowiem realizacja opieki pielęgniarskiej w powyższym zakresie sprowadza się przede wszystkim do wykrywania i rozwiązywania problemów pacjenta związanych z niestosowaniem się do zalecanych metod terapeutycznych lub zapobiegania ich wystąpieniu. Jak pokazują wyniki polskich badań, większość pacjentów ma problem z regularnym przyjmowaniem leków, dość powszechne jest modyfikowanie lub pomijanie dawki leku lub wręcz skracanie czasu leczenia. Pacjenci mają także poważne problemy z przestrzeganiem diety i modyfikacją stylu życia zgodnie z zaleceniami dla danej jednostki chorobowej.

Pomiar przestrzegania zaleceń terapeutycznych w praktyce pielęgniarskiej

Dokładny pomiar i ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjenta są niezwykle ważne w praktyce pielęgniarskiej, jakkolwiek nie istnieje uniwersalna metoda pozwalająca na określenie rozmiaru problemu.

Istnieją różne metody oceny przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Wszystkie dostępne dzielą się na bezpośrednie i pośrednie.

Metody bezpośrednie:

- ♦ **elektroniczne systemy monitorujące (Medication Event Monitoring System, MEMS)**, czyli urządzenia monitorujące i zapisujące czas otwarcia pojemnika z lekami. Systemy te kontrolują pobieranie leków za pomocą specjalnych pojemników wyposażonych w mikroprocesory rejestrujące datę i godzinę otwarcia pojemnika. Wadą tej metody jest to, że pacjent może wyjąć lek z opakowania, ale nie musi go przyjąć zgodnie z zaleceniem;
- ♦ **liczenie tabletek i/lub pomiar ubytku leku** w tzw. tabletkach licznikowych pokazujących kolejną dawkę leku pobranego z pojemnika. Metoda ta może być obarczona błędem i prowadzić do zawyżenia wyników, ponieważ pacjenci mogą przed kolejnym sprawdzeniem opakowania celowo pozbywać się tabletek;

- ♦ **pomiar poziomu leku lub jego metabolitu we krwi lub w moczu;**
- ♦ **pomiar znaczników biochemicznych zawartych w tabletkach.** Metody te charakteryzują się dużą czułością i swoistością – stopień przestrzegania zaleceń obliczany przy ich użyciu jest większy niż określany innymi sposobami, ale nie nadają się one do powszechnego zastosowania w codziennej praktyce. Poza tym że wiążą się z kosztami, nie dostarczają informacji o czasie przyjmowania leku ani nie identyfikują przerw w ich przyjmowaniu.

Omówione metody bezpośrednie mogą być przedmiotem manipulacji ze strony pacjenta i nie są zbyt często wykorzystywane w środowiskowej praktyce pielęgniarskiej.

Metody pośrednie:

- ♦ **Wywiad i obserwacja.** Wywiad pielęgniarski z pacjentem i/lub jego opiekunem jest najprostszym sposobem oceny przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Przedmiotem rozmowy jest wówczas sposób zażywania przepisanych leków przez pacjenta. Podczas wizyty domowej wzmocnieniem oceny jest obserwacja przez pielęgniarkę stosowanej przez pacjenta dawki leku oraz sprawdzenie liczby przyjmowanych leków w pewnych odstępach czasu, np. w okresie tygodnia;
- ♦ **Kwestionariusze i testy.** Test Morisky’ego-Greena do samooceny stopnia współpracy pacjenta z lekarzem jest prostym testem stosowanym w praktyce zarówno lekarskiej, jak i pielęgniarskiej. Obejmuje cztery pytania: Czy kiedykolwiek zapomniałeś wziąć swoje lekarstwo?
 1. Czy zdarza ci się nie przestrzegać godzin przyjmowania leków?
 2. Czy pomijasz kolejną dawkę leku, jeśli czujesz się dobrze?
 3. Kiedy czujesz się źle i wiążesz to z lekiem, czy pomijasz kolejną dawkę?

W interpretacji wyników testu odpowiedzi twierdzące wskazują na niski stopień współpracy pacjenta z lekarzem w zakresie przestrzegania zalecanego planu leczenia. Stosowanie testu w praktyce środowiskowej opieki pielęgniarskiej z pacjentem może być wykorzystywane do określenia wyjściowego zakresu współpracy pacjenta z lekarzem, a także do monitorowania następujących zmian w obszarze poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych, na przykład po wdrożeniu edukacji w tym zakresie.

Pełna ocena ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych przez pacjenta powstaje na podstawie wywiadu pogłębionego obejmującego pytania służące do identyfikacji czynników mogących mieć wpływ na trudności w przestrzeganiu zaleceń. Przykład kwestionariusza z większą liczbą pytań szczegółowych zawiera materiał „Ocena ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych w praktyce pielęgniarskiej” zamieszczony w części C podręcznika (s. 231-236). Podczas wywiadu pielęgniarka prowadzi także obserwację symptomów/objawów występujących u pacjenta i czynników pozostających w związku ze

zjawiskiem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Przeprowadzony wywiad dość dokładnie pozwala na sformułowanie diagnozy z rozróżnieniem charakteru zjawiska uwzględniającego przyczyny natury deficytów fizykalnych, psychicznych, społeczno-kulturowych i duchowych;

- ♦ **Rejestracja przyjmowania leków w dzienniczku pacjenta.** Dzienniczek stanowi pomoc dla pacjentów z chorobą przewlekłą w codziennym monitorowaniu różnych parametrów (np. poziomu glukozy we krwi, ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała, wyników badań laboratoryjnych) oraz może być wykorzystywany do rejestracji przyjmowanych leków. Pozwala także na zapis towarzyszących objawów chorobowych lub innych elementów stylu życia, takich jak rodzaj i liczba spożywanych pokarmów lub dzienna aktywność fizyczna. Regularnie prowadzone tabele samokontroli pomagają na bieżąco monitorować stan zdrowia. Dzienniczek usprawnia wymianę informacji z pielęgniarką, lekarzem lub innym personelem medycznym, pomagając lepiej ocenić skuteczność prowadzonej terapii. Starannie wypełniony dzienniczek jest znakomitym źródłem informacji dla zespołu medycyny rodzinnej, a także dla samego pacjenta i jego rodziny. Analiza parametrów rejestrowanych w dzienniczku umożliwia uchwycenie trendów zmian chorobowych oraz trudności związanych z przyjmowaniem leków, a chorym ułatwia zebranie informacji przed wizytą lekarską lub pielęgniarską.

Pielęgniarska strategia poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych

Działania, które mogą poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów chorych przewlekle w środowisku domowym, to m.in. uproszczenie stosowanej terapii, edukacja, przypomnienie, samokontrola, poradnictwo, terapia rodzinna i kontrolne kontakty telefoniczne. Często jednak pojedyncze interwencje mają skuteczność daleką od oczekiwań, dlatego najlepiej łączyć te działania, zwiększając w ten sposób ich efektywność.

Głównym zadaniem pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej jest przygotowanie pacjenta i jego rodziny lub opiekunów do samodzielnego realizowania i kontroli zalecanej terapii.

W ramach tych działań należy pacjenta lub rodzinę/opiekuna:

- ♦ nauczyć sposobów dawkowania leków (czasu i częstotliwości podawania),
- ♦ wyjaśnić zasady przyjmowania leków: doustnie (na czczo, bezpośrednio przed posiłkiem lub po nim), podskórnie, domięśniowo, dożylnie, doodbytniczo,
- ♦ pokazać sposób dokumentowania przyjmowania leków, np. odnotowywanie w przeznaczonym do tego dzienniczku.

Zapamiętanie tych wszystkich szczegółowych informacji nie zawsze jest łatwe, szczególnie dla osób starszych albo pacjentów z pewnymi dysfunkcjami sfery psychicznej lub innymi. Nie oznacza to jednak, że ci chorzy muszą być uzależnieni od osób trzecich lub zupełnie bezradni. W takich sytuacjach wystarczy zastosować proste sposoby i metody ułatwiające radzenie sobie z problemami związanymi z terapią lekami.

Prawidłowe przyjmowanie leków przez pacjenta i ich przechowywanie w środowisku domowym są niezwykle ważne, dlatego w tym celu należy:

- ♦ Poinformować pacjenta o różnych metodach ułatwiających pamiętanie o przyjmowanych lekach, dostosowując je do indywidualnych potrzeb chorego (są pacjenci ze słabszym wzrokiem, drżeniem rąk lub gorszą pamięcią) – można na przykład zapisywać istotne informacje większymi literami lub na kilku karteczkach, pozostawić kartki w widocznym miejscu, zapisać dawkowanie leku na opakowaniu;
- ♦ Wyjaśnić pacjentowi działanie systemu 0-1 wykorzystywanego w celu opisu częstotliwości przyjmowania leków, gdzie 0 oznacza „nie zażywać leku”, a 1 – „należy lek zażyć”, np. 0 - 0 - 1: lek powinien być zażyty tylko wieczorem, 1 - 1 - 1: lek należy zażyć trzy razy dziennie;
- ♦ Przekazać informację o porze przyjmowania leku oraz poinformować o tym, czy lek zażyć przed posiłkiem, czy po nim. Taką informację również można zaznaczyć na opakowaniu, używając symboli „<” lub „>”, np. 0 - 0 - < 1, co oznacza, że lek należy zażyć przed posiłkiem, w kolejnym przypadku po kolacji, 0 - 0 - 1 >. Można także zastosować symbole, np. rysunki. Chleb może oznaczać konieczność zażycia leku przed śniadaniem i kolacją, garnek – przed obiadem, a znak drogowy STOP – nie zażywać leku;
- ♦ Nauczyć pacjenta segregowania leków do przygotowanych opakowań (m.in. plastikowych pudełek) i pomóc w ich wykonaniu. Warto oznaczyć pudełka naklejoną kartką z nazwą i opisem działania leków, np. przeciwbólowe, na przeziębienie, obniżające ciśnienie krwi lub obniżające poziom cukru. Jeżeli pacjent zażywa leki w ciągu dnia, na kartce należy napisać NA DZIEŃ lub narysować symbol słońca. Jeśli pacjent zażywa leki na noc, umieszczamy kartkę NA NOC lub symbol księżycy. Dla ułatwienia bok opakowania, na którym nie ma opisanego działania ani dawkowania, można okleić kolorową karteczką z opisem, np. zielona – leki przyjmowane przed posiłkiem, czerwona – leki przyjmowane po posiłku. Kolory powinny być wyraziste i zdecydowanie się od siebie odróżniać. Można też używać pudełek zakupionych w aptekach z podziałem na rano, popołudnie i wieczór. Takie pudełka warto trzymać w widocznym miejscu, tak by nie zapomnieć o zażyciu leków. W tym systemie podziału leków łatwo można sprawdzić, czy lek został zażyty, zaglądając do konkretnej przegródki. W celu wyodrębnienia leków,

które należy zażywać przed posiłkiem i po nim, dobrze jest mieć dwa pudełeczka z naklejkami PRZED i PO. Pewną trudnością w korzystaniu z tych pudełek jest konieczność codziennego uzupełniania leków w odpowiednich przegródkach. Pacjenta należy pouczyć, aby leki rozkładał w ciszy i spokoju, a przy słabszym wzroku – by zakładał okulary;

- ♦ Wypracować najlepszy system przypominania pacjentowi o konieczności zażycia leku o konkretnej porze w ciągu doby – można na przykład w telefonie ustawić cykliczny alarm, który codziennie o tej samej porze będzie przypominał o danej czynności, nastawić kilka budzików na różne pory dnia lub nakleić na lodówce karteczki, które po każdym zażyciu leków pacjent będzie zrywać (karteczki można naklejać np. na cały tydzień);
- ♦ Poinformować pacjenta o najlepszych miejscach przechowywania leków w domu oraz wybrać je razem z chorym. Leki należy przechowywać w suchym i ciemnym miejscu, nie powinny być wystawione na działanie światła (ani promieni słonecznych, ani światła domowego). Leki przechowywane w lodówce należy trzymać w osobnym, ciemnym pojemniku, by nie miały kontaktu z żywnością. Leki zawsze należy przechowywać w oryginalnych opakowaniach. W każdym opakowaniu powinna się znajdować ulotka, a jeżeli jej nie ma lub chory ją zgubił, pacjent powinien wiedzieć, że może pójść do apteki i poprosić o jej skopiowanie.

Ważnym elementem w dążeniu do poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych w pracy pielęgniarki z pacjentem w warunkach jego zamieszkania jest edukacja połączona ze stosowaniem uproszczonego schematu przekazywania informacji dotyczących przyjmowania leków. Do istotnych cech tego schematu należą:

- ♦ zachęcanie pacjenta do rozmowy z pielęgniarką o stosowanych lekach podczas wizyty domowej,
- ♦ przekazywanie wyraźnych instrukcji (ustnie i na piśmie) w przypadku wszystkich stosowanych leków,
- ♦ przekazywane instrukcje powinny być ograniczane do trzech lub czterech głównych punktów,
- ♦ używanie prostego języka w komunikacji z pacjentem dotyczącej stosowania leków,
- ♦ wykorzystywanie pisemnych informacji na wszystkich spotkaniach w celu wzmocnienia przekazu werbalnego,
- ♦ zaangażowanie rodziny/opiekunów do rozmowy dotyczącej stosowania leków przez pacjenta,
- ♦ zaproponowanie rekomendowanych stron internetowych pacjentom, którzy chcą uzyskać dostęp do właściwych informacji z internetu.

Podstawą znaczącej poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjenta w środowiskowej praktyce pielęgniarstwa jest systematyczny kontakt pielęgniarki z chorym realizowany podczas kolejnych jej wizyt domowych opartych na partnerskiej współpracy z pacjentem. Włączenie członków rodziny do wspierania chorego i pomocy w zakresie respektowania reżimu zalecanej terapii oraz możliwość kontaktu telefonicznego pacjenta z pielęgniarką w sytuacjach, w których potrzebowałby on pomocy lub porady, to kolejne istotne ogniwa w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Konieczna jest edukacja chorego i jego rodziny w zakresie wszystkich aspektów respektowania zaleceń terapeutycznych poprzez dostarczenie wiedzy, umiejętności i motywacji do działania oraz nauczenie sposobów przystosowania i włączenia czynności dnia codziennego do reżimu terapeutycznego. Pozostawienie kontaktu telefonicznego do pielęgniarki rodzinnej i zapewnienie o możliwości korzystania przez pacjenta z takiej usługi daje szansę na wzmocnienie pozytywnych działań i wczesną identyfikację pewnych nieprawidłowości w stosowaniu zalecanego programu terapii.

Kompetencje pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w systemie opieki zdrowotnej pozwalają na zapewnienie bezpiecznej i skutecznej farmakoterapii. Swoistą barierą w praktyce medycyny rodzinnej jest zakres pielęgniarstwa świadczeń gwarantowanych pacjentowi, których dostępny pakiet ogranicza prezentowane powyżej działania. Realizacja założeń przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest możliwa tylko dzięki współpracy merytorycznej całego zespołu opieki środowiskowej, w tym lekarza, pielęgniarki, farmaceuty i rehabilitanta.

Pytania kontrolne

1. Jakie działania podczas wizyty domowej powinna podjąć pielęgniarka, aby uniknąć nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych u pacjenta z chorobą przewlekłą, któremu zlecono systematyczne przyjmowanie leków doustnych i u którego stwierdzono problemy z koncentracją lub skupieniem uwagi?

Warto przeczytać

1. Haynes R.B., Ackloo E., Sahota N., McDonald H.P., Yao X.: Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2008: CD000011.
2. Współpraca z pacjentami i ich rodzinami - w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Katalog pojęć ICNP. Praca zbiorowa. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Makmed, Lublin 2010.

9. Rola farmaceuty w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych

dr hab. n. farm. Agnieszka Skowron

Zakład Farmacji Społecznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Farmaceuta w systemie opieki zdrowotnej odpowiada obecnie nie tylko za wykonanie i dyspensowanie leku zleconego przez lekarza, lecz także według Światowej Organizacji Zdrowia dzięki swojej relacji z pacjentem pełni funkcję jego opiekuna i nauczyciela. Jest również odpowiedzialny za bezpieczeństwo i skuteczność terapii, nie tylko tej prowadzonej samodzielnie przez pacjenta, ale również zleconej przez lekarza. Farmaceuta ze względu na swoją unikatową wiedzę z zakresu fizykochemicznych właściwości substancji leczniczych, farmakokinetyki i farmakodynamiki leków oraz technologicznych aspektów wytwarzania leków jest najlepiej przygotowany do pełnienia funkcji doradcy w zakresie stosowania leku, zarówno w odniesieniu do pacjenta, jak i członków zespołu medycznego, w szczególności lekarzy i pielęgniarek.

Wszystkie te zadania może realizować poprzez opiekę farmaceutyczną. Opieka farmaceutyczna to całokształt działań podejmowanych przez farmaceutę na rzecz pacjenta, we współpracy z nim i pozostałymi członkami zespołu medycznego w celu zapewnienia bezpiecznej i skutecznej farmakoterapii. W praktyce realizacja opieki farmaceutycznej sprowadza się przede wszystkim do wykrywania i rozwiązywania problemów lekowych lub zapobiegania ich wystąpieniu. Problemem lekowym jest każdy zgłaszany przez pacjenta lub ujawniony w inny sposób niekorzystny i niezamierzony efekt, który jest związany z lekiem lub jego brakiem. Na świecie przedstawiono wiele różnych klasyfikacji problemów lekowych, opisanych na podstawie wieloletnich

badań i analiz zjawisk związanych z farmakoterapią. Obecnie najczęściej wykorzystuje się klasyfikacje amerykańską oraz europejską (klasyfikacja Pharmaceutical Care Network Europe, PCNE). W prowadzonych w Polsce projektach związanych z opieką farmaceutyczną zaleca się wykorzystywanie polskiej wersji klasyfikacji PCNE, którą można znaleźć na stronie Zakładu Farmacji Społecznej UJ CM.

Zgodnie z najnowszą wersją klasyfikacji PCNE (v. 6.2) zjawisko nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych nie jest problemem lekowym, ale ich przyczyną i zostało przedstawione w sposób pośredni, opisano bowiem różne jego formy jako przyczynę problemów związanych ze skutecznością, bezpieczeństwem i kosztami terapii. W tej sytuacji działania farmaceutów prowadzone w ramach opieki nie sprowadzają się do eliminowania zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jako takiego. Zakłada się, że jego zwalczanie pozwala na realizację podstawowego zadania farmaceutów, jakim jest rozwiązywanie problemów lekowych i zapobieganie im.

Wśród form tego zjawiska w klasyfikacji PCNE wyróżnia się m.in.: stosowanie nieprawidłowej dawki leki, nieprawidłową częstotliwość podawania leku, niewłaściwą porę przyjmowania leku, nieprawidłowy czas terapii, niewłaściwe odstępy pomiędzy dawkami, brak zastosowania leku, nadużywanie leku oraz zapominanie o jego użyciu. Rolą farmaceuty jest wykrycie tego zjawiska, a następnie zaproponowanie działań, które pozwolą na jego wyeliminowanie lub przynajmniej kontrolowanie.

W niniejszym rozdziale zostały opisane działania podejmowane w odniesieniu do indywidualnego pacjenta, ponieważ na tego typu relacjach skupia się farmaceuta w ramach codziennej praktyki, pozostawiając ocenę społecznej skali tego problemu naukowcom. Współczesne technologie dają wiele nowoczesnych narzędzi, które mogą zostać wykorzystane w praktyce do oceny zarówno skali, jak i formy zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych u pacjenta, jednak wciąż się wydaje, że nie ma skuteczniejszego i jednocześnie tańszego narzędzia niż pogłębiony wywiad z pacjentem, gdy pojawia się on w aptecce w celu wykupienia pierwszej lub kolejnej dawki leku. W tabeli 1 zostały przedstawione różne metody, które farmaceuta (nie tylko on) może zastosować w celu wykrycia lub oceny nasilenia zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych.

W procesie realizowania recept i dyspensowania leków najprzydatniejszą metodą jest wywiad pogłębiony, który może być przeprowadzony nawet za „pierwszym stołem” w chwili wydawania leku. W trakcie rozmowy z pacjentem farmaceuta może zapytać wprost o regularne stosowanie leku lub dopytać o odczucia pacjenta i jego oczekiwania wobec leku, co w wielu sytuacjach pozwala na wykrycie postaw lub przekonań zdrowotnych, które mogą skutkować nieprzestrzeganiem przez pacjenta zaleceń terapeutycznych. W tabeli 2 przedstawiono model wywiadu pogłębionego, który może pomóc wykryć stopień przestrzegania przez pacjenta zaleceń terapeutycznych.

Tabela 1. Charakterystyka metod wykrywania i oceny skali nasilenia zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w codziennej praktyce farmaceuty (opracowanie własne na podstawie: Rickles i wsp.)

METODA	OPIS	ZALETY	WADY	KOMENTARZ
Pomiar stężenia leku we krwi	Codzienny pomiar stężenia leku w próbce krwi pobranej od pacjenta	Pozwala na jednoznaczne potwierdzenie podania leku	Metoda inwazyjna i kosztowna; niewygodna i niemożliwa do zastosowania w codziennej praktyce ambulatoryjnej; nie zawsze jest możliwe potwierdzenie podanej dawki leki (wymagałoby to podania leku, pobrania krwi i wykonania pomiaru dokładnie o tej samej porze każdego dnia)	Metoda wykorzystywana właściwie wyłącznie w ramach badań klinicznych
Liczenie tabletek	Farmaceuta na podstawie ilości leku w opakowaniu i jego zapasów określa, czy w analizowanym okresie pacjent zażył wszystkie zleczone mu dawki	Prosta i niedroga metoda, niewymagająca żadnych specjalnych umiejętności; liczenie może przeprowadzić dowolna osoba (np. opiekun pacjenta)	Brak leku w opakowaniu nie oznacza, że został zażyty; wymaga staranności osób liczących tabletki; może być postrzegana przez chorych jako działanie restrykcyjne wobec nich	
Elektroniczne monitorowanie użycia	Specjalne opakowania leków lub pojemniki, do których leki są przepakowywane, sygnalizują zarówno konieczność zażycia leku, jak i pozwalają na zapisanie w pamięci urządzenia daty i godziny otwarcia pojemnika	Umożliwia dokładne monitorowanie stosowania leku; przydatna tylko w niektórych formach oceny stosowania leku zgodnie ze schematem dawkowania, zwłaszcza związanych z niecelowym działaniem pacjenta (np. zapominaniem, roztargnieniem); dokładna i niezależna od czynników ludzkich	Metoda kosztowna; dokładność jest uzależniona od rzetelności użytkownika, bowiem otwarcie pojemnika nie zawsze jest tożsame z zażyciem leku	Na polskim rynku brak tego typu urządzeń. Producenci nie stosują ich standardowo, choć za pewną formę tego typu urządzenia można uznać np. inhalatory (dyski) z licznikami dawek
Powtarzanie recepty	Sposób zorganizowania wydawania leków zmusza pacjenta do zakupu leków w tej samej aptece lub są dostępne zbiorcze systemy umożliwiający monitorowanie zakupów danego pacjenta	Wprowadzenie zmian zmuszających pacjenta do korzystania z jednej apteki nie wymaga zwykle żadnych nakładów finansowych, lecz jedynie zmian w prawie; ogólnokrajowe systemy monitorowania są zwykle tanie w eksploatacji; tego typu działania są nieinwazyjne	Pacjent jest zmuszony do korzystania z usług jednej apteki; pacjent musi być objęty systemem monitorowania (np. w ramach ubezpieczenia zdrowotnego)	W polskich warunkach obecnie nie ma możliwości wykorzystania tej metody

cd. Tabela 1. Charakterystyka metod wykrywania i oceny skali nasilenia zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w codziennej praktyce farmaceuty (opracowanie własne na podstawie: Rickles i wsp.)

METODA	OPIS	ZALETY	WADY	KOMENTARZ
Pamiętnik pacjenta	Pacjent prowadzi zapiski, dzięki którym personel może ocenić, czy chory stosuje lek regularnie. Istnieją obecnie aplikacje internetowe umożliwiające prowadzenie tego rodzaju dzienników	Metoda tania; dzisiejsze technologie umożliwiają wgląd do elektronicznych dzienników pacjenta bez konieczności bezpośredniego kontaktu z nimi; możliwe powiązanie z systemami przypomnienia	Wymaga współpracy pacjenta i zwiększenia jego świadomości; możliwy do wykorzystania wyłącznie w odniesieniu do tych form zjawiska, które nie są efektem celowych działań pacjenta	Dostępne są polskie portale umożliwiające pacjentowi nie tylko prowadzenie prostego dzienniczka zażycia leku, lecz także oferujące dodatkowe funkcje, np. ustawienie przypomnienia o leku lub bezpośredni dostęp do ulotek o leku i systemów automatycznego ostrzeżenia
Wywiad z pacjentem	Farmaceuta przeprowadza pogłębiony wywiad, w czasie którego w sposób zarówno pośredni, jak i bezpośredni może wykryć <i>non-compliance</i>	Umożliwia wykrycie także sytuacji będących celowym działaniem pacjenta; metoda tania; pozwala na natychmiastowe korygowanie zachowań pacjenta	Wymaga odpowiednich umiejętności komunikacyjnych od farmaceuty i doświadczenia w prowadzeniu wywiadów; pozwala wyłącznie na ocenę jakościową; brak możliwości oceny nasilenia zjawiska; opiera się na prawdopodobności i pamięci pacjenta; łatwo uzyskać zawyżoną ocenę	Farmaceuci ciągle zbyt rzadko korzystają w codziennej praktyce z tego narzędzia
Kwestionariusze ustrukturyzowane	Ustrukturyzowane kwestionariusze są dostępne w różnych wersjach językowych	Łatwe do wykorzystania; tanie; możliwe do wykorzystania w kontaktach na odległość, np. w wywiadach telefonicznych	Zwykle pozwalają na ocenę tylko niektórych form zjawiska; łatwo uzyskać zawyżoną ocenę; opierają się na prawdopodobności i pamięci pacjenta	

Ujawnienie w trakcie rozmowy z pacjentem, że nie przestrzega on zaleceń terapeutycznych, wymaga podjęcia interwencji. Wśród podejmowanych przez farmaceutę działań mogą się znaleźć m.in.:

- ♦ przekazanie odpowiedniej informacji i instrukcji dotyczącej stosowania leku; dotyczy to również zaspokojenia potrzeb pacjentów z tzw. grup specjalnych, czyli chorych, którzy ze względu na swoje schorzenia lub wiek mogą mieć szczególny problem z zastosowaniem leku i zapamiętaniem/przyswojeniem instrukcji jego stosowania (np. ze względu na trudności z otwarciem opakowania, problemy z połknięciem, kłopoty z zapamiętywaniem);

- ♦ zastosowanie programów wsparcia zachowań prozdrowotnych pacjenta oraz zaproponowanie pogłębionej edukacji prozdrowotnej, która umożliwi zmianę zachowań zdrowotnych pacjenta;
- ♦ wdrożenie odpowiednich strategii podawania i przygotowania leków, które zwiększą szansę na ich prawidłowe i zgodne z zaleceniami stosowanie przez pacjenta.

Farmaceuta w trakcie wydawania leku powinien przekazać informację, których celem jest upewnienie się, że pacjent uzyska pełną wiedzę gwarantującą prawidłowe stosowanie leku. Rodzaj i zakres danych przekazywanych pacjentowi podczas wydawania leku zależy

Tabela 2. Model wywiadu pogłębionego z pacjentem podczas dyspensowania leku przez farmaceutę ukierunkowany na wyeliminowanie zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

RODZAJ INFORMACJI, JAKĄ NALEŻY UZYSKAĆ OD PACJENTA	SZCZEGÓŁOWA INFORMACJA
MODEL WYWIADU PODCZAS WYDAWANIA LEKÓW BEZ RECEPTY	
Uzyskanie informacji dotyczących powodu/celu stosowania leku	Pacjenci mogą stosować leki OTC zamiast leków zleconych przez lekarza, uznając np. leki OTC za bezpieczniejsze i słabsze niż leki na receptę
Ocena, czy leki OTC nie są stosowane w celu eliminowania działań niepożądanych innych leków, szczególnie tych zleconych przez lekarza	Jeżeli u pacjenta po zastosowaniu leku ujawniły się działania niepożądane, ryzyko nieprzestrzegania zaleceń i odstawienia leku wzrasta
MODEL WYWIADU PODCZAS WYDAWANIA LEKÓW NA PODSTAWIE RECEPTY	
GDY LEK ZOSTAŁ PRZEPISANY PO RAZ PIERWSZY	
Ocena oczekiwań pacjenta wobec leku	Jeśli lek nie spełni oczekiwań pacjenta, chory może przerwać jego stosowanie – np. pacjent, który oczekuje, że lek szybko obniży poziom cholesterolu, może przerwać jego stosowanie, zanim będzie możliwa ocena jego efektywności
Ocena wiedzy pacjenta dotyczącej postępowania z lekiem	Farmaceuta powinien się upewnić, że pacjent: <ul style="list-style-type: none"> • zna prawidłowy schemat stosowania leku, • wie, w jaki sposób przygotować i przechowywać lek, • potrafi prawidłowo stosować lek – dotyczy to np. leków w postaci inhalatorów lub do samodzielnego podania podskórnego, • ma świadomość istniejących ograniczeń (ostrzeżeń) związanych ze stosowaniem leku i zapoznał się z nimi – np. wie o wpływie leku na prowadzenie pojazdów, wpływie na rozrodczość itp.

cd. Tabela 2. Model wywiadu pogłębionego z pacjentem podczas dyspensowania leku przez farmaceutę, ukierunkowany na wyeliminowanie zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

RODZAJ INFORMACJI, JAKĄ NALEŻY UZYSKAĆ OD PACJENTA	SZCZEGÓŁOWA INFORMACJA
Ocena możliwości prawidłowego stosowania leku przez pacjenta	Farmaceuta powinien się upewnić, że pacjent będzie w stanie prawidłowo przygotować i stosować lek, czyli nie będzie miał problemów z jego połknięciem, otwarciem opakowania, obsługą urządzeń do podania – nebulizatora lub inhalatora
GDY LEK BYŁ JUŻ WCZEŚNIEJ STOSOWANY PRZEZ CHOREGO	
Ocena, czy recepty są realizowane regularnie	Farmaceuta powinien ocenić regularność (świadomość pacjenta w zakresie regularności) stosowania leków oraz ewentualne czynniki, które powodują nieprzestrzeganie zaleceń
Ocena, w jakim stopniu lek spełnił oczekiwania pacjenta	Jeśli lek nie spełnia oczekiwań pacjenta w zakładanym przez niego czasie, może on w przyszłości zrezygnować z jego stosowania
Ocena, czy pacjent prawidłowo postępuje z lekiem i prawidłowo go stosuje	Ocena całokształtu postępowania pacjenta z lekiem – jak często i jak długo lek jest stosowany, czy jest prawidłowo przygotowywany i przechowywany
Ocena działań niepożądanych	Ujawnienie działań niepożądanych często jest przyczyną odstawienia leku przez pacjenta

od substancji i postaci leku oraz od możliwości percepcyjnych pacjenta. W tabeli 3 zebrano sytuacje, które wymagają przekazania specjalnych informacji podczas dyspensowania leku.

Niezależnie od indywidualnych cech danego pacjenta każdorazowo podczas wydawania leku farmaceuta jest zobowiązany do upewnienia się, że pacjent:

- ♦ zna prawidłowy/zlecony przez lekarza schemat stosowania leku – wie, jak często, w jakich odstępach czasu i jakie dawki leku stosować,
- ♦ zna przewidywaną długość trwania terapii i jest świadomy skutków jej przerwania,
- ♦ zna cel stosowania leku i jest świadomy efektów, których może oczekiwać.

W opiece farmaceutycznej jednym z podstawowych działań podejmowanych przez farmaceutę jest prowadzenie pogłębionej edukacji pacjenta. Edukacja obejmuje zarówno obszary związane z chorobą – jej przyczynami, konsekwencjami i możliwościami leczenia – jak i edukację ogólną, której celem jest uświadomienie choremu, w jaki sposób jego styl życia i nawyki (np. żywieniowe) mogą wpływać na jego zdrowie. Prowadząc opiekę farmaceutyczną, dzięki pogłębionej relacji z pacjentem farmaceuta ma szansę również wpłynąć na postawy zdrowotne i przekonania zdrowotne chorych. To one bowiem są najczęściej rzeczywistą przyczyną nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Często samo uświadomienie pacjentowi, że farmaceuta ma dużą wiedzę o lekach, którą

Tabela 3. Informacje dodatkowe, których przekazanie pacjentowi podczas dyspensowania leku może ograniczyć zachowania prowadzące do nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

SYTUACJA / LEK / PACJENT	RODZAJ INFORMACJI, JAKĄ NALEŻY PRZEKAZAĆ PACJENTOWI / DZIAŁANIA, KTÓRE MOŻNA PODJĄĆ
Politerapia	Farmaceuta powinien się upewnić, że pacjent: <ul style="list-style-type: none"> • dokładnie zna schematy dawkowania poszczególnych leków, • wie, których leków nie wolno podawać równocześnie i jakie odstępy należy zachować pomiędzy podaniami Farmaceuta może: <ul style="list-style-type: none"> • zaproponować systemy do przepakowywania leków, które ułatwią pacjentowi kontrolowanie dawkowania, • poszukać leków złożonych zawierających stosowane przez pacjenta substancje, co pomoże zmniejszyć liczbę przyjmowanych każdego dnia tabletek
Krople oczne	Farmaceuta powinien przekazać informacje: <ul style="list-style-type: none"> • o przechowywaniu leków (np. wymogu trzymania w lodówce), • jak długo można stosować lek po otwarciu opakowania, • jaki odstęp czasu zachować pomiędzy podaniem kolejnych kropli do oka oraz pomiędzy podaniem do jednego i drugiego oka
Leki do podania wziewnego	Farmaceuta powinien: <ul style="list-style-type: none"> • upewnić się, że pacjent jest w stanie prawidłowo stosować lek – w przypadku aerozoli potrafi zsynchronizować podanie z oddechem, jest w stanie prawidłowo założyć kapsułkę do Turbuhalera Farmaceuta może: <ul style="list-style-type: none"> • zaproponować lekarzowi zmianę postaci leku wziewnego, jeśli uzna, że zaproponowana wcześniej forma nie może być prawidłowo zastosowana przez pacjenta
Leki o zmiennych/rzadkich schematach dawkowania (np. leki do podania raz na tydzień, raz na miesiąc lub preparaty, w których schemat dawkowania się zmienia – dawka jest zmniejszana lub zwiększana w kolejnych dniach)	Farmaceuta powinien: <ul style="list-style-type: none"> • upewnić się, że pacjent ma pisemną informację zawierającą dokładny schemat dawkowania, • ustalić podczas wydawania leku terminy podania/zastosowania leku (dotyczy leków podawanych rzadko) Farmaceuta może: <ul style="list-style-type: none"> • zaproponować systemy przypominające o zastosowaniu/podaniu leku (np. SMS lub e-mail)
Pacjenci, którzy mają trudności z połknięciem	Farmaceuta powinien: <ul style="list-style-type: none"> • sprawdzić, czy zlecony lek może być dzielony lub rozpuszczony, aby ułatwić połknięcie, • przekazać dokładne informacje, w jaki sposób podzielić lek i w jakich pokarmach można go rozpuścić, • zaproponować zmianę postaci leku na rozpuszczalną, • jeśli postać leku nie może być zmieniona ani lek nie może być podzielony, zaproponować lekarzowi zmianę substancji lub drogi podania
Pacjenci niewidomi i słabowidzący	Farmaceuta powinien: <ul style="list-style-type: none"> • upewnić się, czy pacjent jest w stanie odróżnić poszczególne preparaty*, • przekazać dokładne informacje dotyczące na przykład wyglądu poszczególnych produktów – wyróżnić tabletki, kapsułki, opisać oznakowania na tabletkach Farmaceuta może: <ul style="list-style-type: none"> • zaproponować systemy do przepakowywania leków lub dodatkowe opakowania, które ułatwią pacjentowi rozróżnienie poszczególnych produktów, • zmienić postać leku na taką, którą pacjent jest w stanie rozpoznać (np. wydać jeden z produktów w postaci tabletek, a drugi w postaci kapsułek)

*Produkty lecznicze mają oznakowanie w języku Braille'a, lecz np. suplementy diety lub wyroby medyczne takiego oznaczenia mieć nie muszą.

chce się podzielić z pacjentem, aby rozwiać jego obawy, wspomaga proces radzenia sobie pacjenta z chorobą.

W niektórych krajach apteki oferują swoim pacjentom usługi, które wspomagają przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Należy do nich m.in. przepakowywanie leków do systemów przypominających o ich stosowaniu i monitorujących to. Pacjent otrzymuje gotowy system zawierający wszystkie leki do podania doustnego przypisane do poszczególnych dni tygodnia i pogrupowane zgodnie ze schematami dawkowania. Systemy te często są zaopatrzone w elektroniczne narzędzia, które przypominają (np. w formie sygnału dźwiękowego) o konieczności zażycia leku. W Polsce obecnie tego typu narzędzia nie są stosowane, bowiem ich wprowadzenie wymaga zmiany przepisów prawnych oraz opracowania odpowiednich wytycznych. Dostępne są jedynie pudełka umożliwiające samodzielne przygotowanie przez pacjenta tygodniowego lub dziennego zestawu leków. Tego rodzaju rozwiązania mogą jednak być szczególnie przydatne dla chorych, u których problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest związany z zapominaniem i politerapią.

Warunkiem skuteczności działań podejmowanych przez farmaceutów jest przede wszystkim stała i oparta na wzajemnym szacunku współpraca z lekarzami, pielęgniarzami i innymi członkami zespołu medycznego, bowiem działania podejmowane przez farmaceutów w ramach opieki farmaceutycznej służą wszystkim:

- ♦ pacjentom, ponieważ poprawiają ich jakość życia i dają szansę na skuteczną i bezpieczną farmakoterapię;
- ♦ lekarzom, ponieważ sprawiają, że pacjent jest zadowolony, wie, czego może oczekiwać od leku i na co powinien zwracać uwagę, aby się uchronić przed wystąpieniem problemów lekowych;
- ♦ społeczeństwu, ponieważ jego zdrowotność to suma zdrowia jego członków;
- ♦ płatnikowi, czyli NFZ, ponieważ zmniejsza koszty leczenia chorób jatrogennych i skutków braku terapii w przyszłości.

Lekarz, zlecając leki, powinien mieć świadomość, że rolą farmaceuty w aptecę ogólnodostępnej jest nie tylko wydanie leku zgodnie z zapisem przedstawionym na receptce, ale również upewnienie się, że pacjent będzie w przyszłości prawidłowo z lekiem postępował. Jakkolwiek ostatnie kilka lat i prowadzone badania praktyki farmaceutycznej wskazują, iż znaczna część kontaktów farmaceutów z lekarzami jest związana przede wszystkim z wyjaśnianiem tzw. formalnych błędów na receptach, to warto pamiętać, iż farmaceuta odpowiada za wydany lek również w kontekście jego bezpieczeństwa i skuteczności. Kierowane przez farmaceutów do lekarzy pytania dotyczące celu zlecenia leku lub postawionej diagnozy nie mają na celu ingerencji w zlecenie lekarskie, ale wynikają najczęściej z ujawnionych w trakcie rozmowy z pacjentem nieścisłości dotyczących stosowania leku. Ich wyjaśnienie i rozwiązanie

ujawnionych problemów jest często możliwe wyłącznie dzięki konsultacji z lekarzem zlecającym lek.

Kompetencje lekarza i farmaceuty oraz ich role w systemie zdrowotnym są różne, ale wspólnym celem jest zapewnienie bezpiecznej i skutecznej farmakoterapii. Realizacja tych założeń jest możliwa wyłącznie dzięki współpracy merytorycznej obydwu grup zawodowych. Im wcześniej zdamy sobie sprawę, że nie ma między nimi żadnego obszaru, w którym byliby zmuszeni z sobą konkurować, tym szybciej będziemy mieli szansę na wyeliminowanie problemów lekowych.

Pytanie kontrolne

1. Jakie działania podczas wydawania leku powinien podjąć farmaceuta, by uniknąć nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych u pacjenta słabowidzącego, któremu zlecono do stosowania dwa leki doustne?

Warto przeczytać

1. Rickles N.M., Wertheimer A.I., Smith M.C.: Social and behavioral aspects of pharmaceutical care. Jones and Bartlett Publishers International, London 2010.

10. Sposoby dofinansowania leków dla pacjentów w celu poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych

dr n. med. Paweł Lewek

I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych wiąże się m.in. z niewykupywaniem leków przez pacjentów, a to z kolei jest zależne od ich możliwości finansowych. Światowa Organizacja Zdrowia zwróciła na to uwagę, wymieniając wśród przyczyn nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych czynniki społeczno-ekonomiczne oddziałujące na pacjenta. Zgodnie z wynikami przeglądu systematycznego literatury zaliczono do nich m.in. wysoki koszt leków i terapii, niski dochód, brak wsparcia socjalnego, biedę i niski status socjoekonomiczny. Wszystkie wymienione czynniki negatywnie wpływają na poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych, na przykład im niższy dochód pacjenta, tym gorzej stosuje się on do zaleceń lekarskich. Dlatego intensywnie poszukuje się rozwiązań wpływających na wymienione czynniki, a tym samym poprawiających przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Rozwiązaniem takim w przypadku czynników socjoekonomicznych jest promocja leków generycznych opisana w rozdziale 7. Zamiana leków przepisanych przez lekarza na tańsze odpowiedniki (tzw. substytucja generyczna) pozwala najuboższym pacjentom na znaczne oszczędności w domowym budżecie. Mimo to, szczególnie w przypadku osób ubogich, nie jest to interwencja wystarczająca do poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych - jej uzupełnieniem w wymiarze obywatelskim jest pomoc społeczna. Jej zadania, rodzaje świadczeń będące w jej zakresie oraz organizację określa Ustawa

z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej z późniejszymi zmianami. Definiuje ona pomoc społeczną jako „instytucję polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości”. Z punktu widzenia etycznego stoi ona na straży godności człowieka, wspierając osoby i rodziny, które z różnych przyczyn nie są w stanie zaspokoić własnych potrzeb, niezbędnych do życia w odpowiednich warunkach. Przysługuje osobom z obywatelstwem polskim, obywatelom Unii Europejskiej i cudzoziemcom mającym zezwolenia na pobyt stały lub czasowy w Polsce.

Lekarze z racji wykonywanego zawodu często spotykają się z osobami wymagającymi pomocy ze strony opieki społecznej. Choć dotyczy to wszystkich lekarzy, szczególnie zorientowani w tej materii powinni być lekarze rodzinni, dla których jedną z kompetencji tworzących rdzeń ich specjalności jest „opieka ukierunkowana na osobę”. Ze względu na ciągłość opieki nad pacjentem lekarze rodzinni najczęściej jako jedni z pierwszych w zakresie opieki zdrowotnej wchodzi w posiadanie informacji o trudnej sytuacji materialnej pacjenta. Może się ona objawiać między innymi nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych. Pacjent, który z powodów finansowych nie jest w stanie wykupić swoich leków, często niechętnie rozmawia o tego typu problemach. Umiejętność komunikacji, dokładne zebranie wywiadu i szczegółowe badanie fizykalne mogą ujawnić objawy chorobowe wynikające z zaniedbania terapii lekowej. Na przykład informacje o nawracających bólach głowy u pacjenta leczonego od roku na nadciśnienie tętnicze mogą sugerować lekarzowi, że pacjent nie przyjmuje leków zgodnie z jego zaleceniem. W chwili gdy lekarz dowiaduje się, że sytuacja finansowa pacjenta stoi na przeszkodzie do jego systematycznego leczenia, powinien próbować mu pomóc w uzyskaniu dofinansowania przyjmowanych leków.

Ośrodki pomocy społecznej

Identyfikując pacjenta, który nie ma dostatecznych środków na zakup leków, lekarz w pierwszej kolejności powinien go pokierować lub samemu zgłosić do wybranego ośrodka pomocy społecznej. Lista placówek w Polsce jest dostępna na stronie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (www.politykaspoeczna.gov.pl). Choć wśród kompetencji pracowników pomocy socjalnej nie widnieje dosłowny zapis dotyczący pomocy w finansowaniu leczenia, to w większości przypadków pacjent uzyska informację o takiej możliwości – o ile dofinansowanie jest możliwe, bowiem środki finansowe przeznaczone na refundację leków są przyznawane w ramach zasiłków celowych i nie każda gmina decyduje się na przeznaczenie pieniędzy na ten cel. Niemniej jednak w wielu przypadkach taka możliwość istnieje. Aby otrzymać dofinansowanie, pacjent powinien spełniać kryterium dochodowe. Dla osób samotnie gospodarujących wynosi ono 542 zł na osobę, dla osób mających rodzinę – 456 zł. Można je także otrzymać niezależnie od dochodu w szczególnie

uzasadnionych przypadkach (tzw. specjalny zasiłek celowy) przez okres 2 miesięcy, jeśli chory jest objęty kontraktem socjalnym, w trakcie którego podjął zatrudnienie.

Zasiłki celowe, których istotą jest refundowanie leków osobom najuboższym, przybierają różną postać. Na przykład w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi funkcjonuje program „Apteka komunalna”, w którego ramach najubożsi mieszkańcy miasta mogą otrzymać dofinansowanie pilnego zaopatrzenia w niezbędne leki i środki opatrunkowe. Środki są przyznawane na zasadach określonych w Ustawie o pomocy społecznej w ramach wspomnianych wcześniej zasiłków celowych. Kontrola wydatkowania środków jest prowadzona na podstawie okazywanych przez pacjentów recept i faktur za zakupione leki. W 2013 r. z tej formy pomocy skorzystało ponad 3 tys. osób, które uzyskały świadczenia na ponad 550 tys. zł (w przybliżeniu 140 zł na osobę).

Caritas

Caritas Polska jest instytucją charytatywną Konferencji Episkopatu Polski istniejącą od 1990 r. i mającą status organizacji pożytku publicznego. Osoby najuboższe i najbardziej potrzebujące mogą się zwrócić do oddziału organizacji w jednym z 44 miast Polski o pomoc w pozyskaniu leków. W 2012 r. Caritas Polska pozyskała od firm farmaceutycznych i przekazała poprzez Caritas diecezjalne szpitalom i osobom chorym leki o wartości 2,7 mln zł. Choć poszczególne diecezje autonomicznie decydują o kryteriach kwalifikujących do pomocy finansowej, zwykle by uzyskać refundację leków wypisanych przez lekarza na receptę, wymaganymi dokumentami są:

- ♦ podanie z uzasadnieniem prośby (w podaniu powinien się znaleźć adres i telefon osoby ubiegającej się o pomoc),
- ♦ informacja z parafii potwierdzająca trudną sytuację rodzinną,
- ♦ zaświadczenie o dochodach pacjenta,
- ♦ wszelkie dokumenty potwierdzające trudną sytuację pacjenta, takie jak orzeczenie o niepełnosprawności, karta wypisowa ze szpitala, historia choroby, decyzja o rejestracji z urzędu pracy,
- ♦ wycena przygotowana w aptece współpracującej z danym ośrodkiem Caritas.

Na podstawie przedstawionych dokumentów sytuacja każdego pacjenta podlega indywidualnej ocenie.

Odliczenia od podatku

Zgodnie z ustawą o podatku dochodowym każdy pacjent z orzeczonym stopniem niepełnosprawności ma możliwość odliczenia w danym miesiącu kwoty w wysokości różnicy między wydatkami na leki a kwotą 100 zł, tzn. w rocznym zeznaniu podatkowym

osoba taka może w każdym miesiącu odliczyć taką kwotę ponad 100 zł, jaką rzeczywiście wydała na leki. Fakt ten musi udowodnić przedstawieniem pisemnego zalecenia lekarza specjalisty (tj. recepty lub karty pacjenta) i faktury (nie paragonu) z apteki wskazującej, że ta właśnie osoba poniosła wydatek na leki. Choć nie jest to bezpośredni i szybki sposób uzyskania pieniędzy na leki, pozwala w ujęciu rocznym zaoszczędzić część pieniędzy przeznaczonych na wykupienie farmaceutyków. Aby pacjent uzyskał stopień niepełnosprawności niezbędny do otrzymania tego typu odliczeń, lekarz rodzinny powinien skierować pacjenta, u którego stwierdza brak pełnej sprawności, do powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności. Druki niezbędne do wypełnienia przez pacjenta i lekarza są dostępne w siedzibach zespołów, których adresy można znaleźć na stronie Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych (www.niepelnosprawni.gov.pl).

Dodatki z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Istnieją również inne formy dofinansowania ułatwiające pacjentom wykupienie leków. Mimo że nie dotyczą bezpośrednio kosztów poniesionych na leki, mogą wspomóc pacjenta w ich zakupie. Pierwszym z nich jest dodatek pielęgnacyjny, który jest przyznawany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) z urzędu każdej osobie, która ukończyła 75 lat - przelewany jest na konto pacjenta wraz z emeryturą (nie wymaga żadnych formalności ze strony pacjenta). Może on być również przyznany osobie młodszej, która otrzymała od orzecznika ZUS orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji. Należy zauważyć, że dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, która przebywa w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, chyba że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu.

Kombatantom oraz wdowom i wdowcom po nich przysługuje dodatek kombatancki. Aby go otrzymać, wystarczy złożyć wnioski w ZUS i mieć zaświadczenie z Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych. Można się także ubiegać o dodatek za tajne nauczanie przyznawany osobom, które w czasie okupacji prowadziły tajne nauczanie lub przed dniem 1 września 1939 r. nauczały w języku polskim w szkołach polskich na terenie III Rzeszy Niemieckiej oraz byłego Wolnego Miasta Gdańska. Niestety obu dodatków nie można łączyć.

Sytuacje uprawniające do tańszych leków

Wielu pacjentów może liczyć na dofinansowanie leków nie tylko w formie dodatkowej zapomogi, ale również dzięki spełnieniu ściśle określonych kryteriów. Krwiodawcy, którzy otrzymali honorową odznakę Zasłużony Honorowy Dawca Krwi, mogą otrzymywać

leki refundowane bezpłatnie do wysokości limitu finansowania. Wystarczy, że oddadzą 6 litrów krwi w przypadku mężczyzn lub 5 litrów krwi w przypadku kobiet (lub ekwiwalent w przeliczeniu 1 litr krwi to 3 litry osocza lub 2 donacje krwinek płytkowych, lub 0,5 donacji krwinek białych, lub 2 jednostki krwinek czerwonych). Ponieważ jednorazowo oddaje się ok. 450 ml krwi, a można ją oddać maksymalnie 6 razy w roku (kobiety 4 razy w roku), tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi można uzyskać po trzech latach systematycznych donacji. Potwierdzeniem nadania tytułu jest legitymacja, na podstawie której w polu „uprawnienia dodatkowe” lekarz wpisuje pacjentowi litery „ZK”, poświadczając o jego prawie do bezpłatnych leków. Pacjent, realizując receptę w aptece, ma obowiązek okazać legitymację.

Do bezpłatnych leków są również uprawnione inne osoby na mocy odrębnych przepisów. Są to m.in. inwalidzi wojenni, osoby represjonowane, byli pracownicy zakładów azbestowych, żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową. Osoby te muszą dysponować stosownym dokumentem, co lekarz powinien odnotować w dokumentacji medycznej (najlepiej dołączyć kserokopię dokumentu). Fakt ten odnotowuje się określonym skrótem na recepte. Oznaczenia te wraz z podstawą prawną zebrano w tabeli 1.

Pozostałe formy pomocy

Lekarze często otrzymują od przedstawicieli firm farmaceutycznych próbki leków, które można wydać pacjentom. Próbki te są przekazywane lekarzom na ich piśmenną

Tabela 1. Wybrane ulgi przysługujące określonym grupom pacjentów wraz z oznaczeniami na receptach

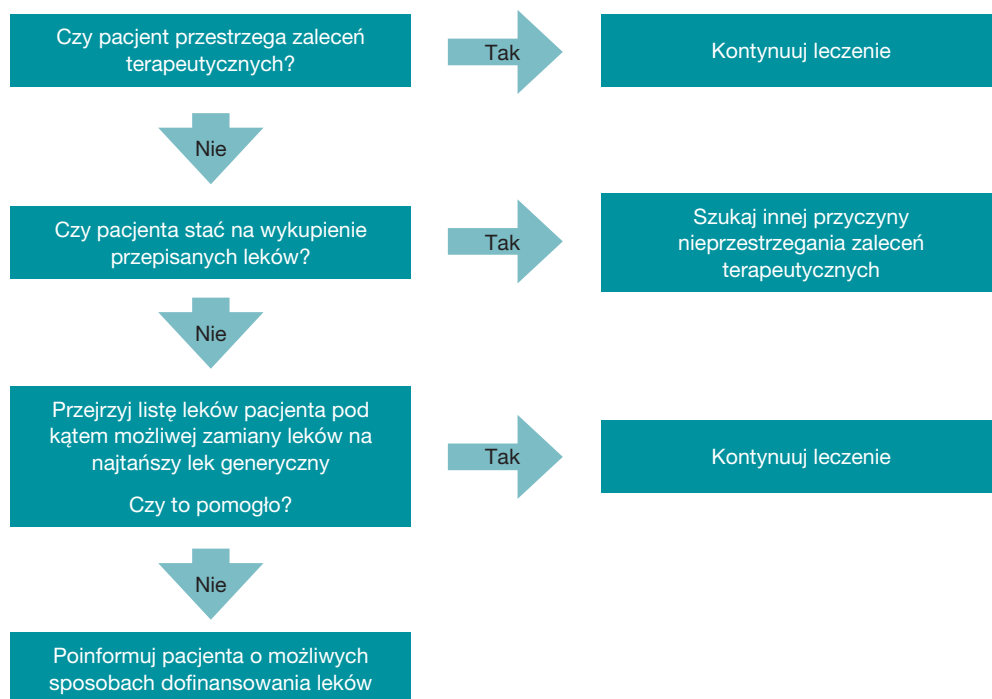
OZNACZENIE NA RECEPTIE WPISYWANE W POLU „UPRAWNIENIA DODATKOWE”	PODSTAWA PRAWNA	GRUPA OSÓB	ULGA
ZK	Osoba mająca uprawnienia określone w art. 43 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2004 r. nr 210, poz. 2135)	Osoba, która ma tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Dawcy Przeszczepu, po przedstawieniu odpowiedniej legitymacji	Bezpłatne do wysokości limitu finansowania; zaopatrzenie w leki objęte wykazem leków refundowanych oraz leki, które pacjent stosuje w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku bądź innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów

cd. Tabela 1. Wybrane ulgi przysługujące określonym grupom pacjentów wraz z oznaczeniami na receptach

OZNACZENIE NA RECEPCIE WPISYWANE W POLU „UPRAWNIENIA DODATKOWE”	PODSTAWA PRAWNA	GRUPA OSÓB	ULGA
IW	Osoba mająca uprawnienia określone w art. 45 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2004 r. nr 210, poz. 2135)	Inwalidzi wojenni, małoletni kandydaci na żołnierzy i studenci szkół wyższych, którzy stali się inwalidami wskutek odbywania zajęć wojskowych	Bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazem leków refundowanych
IB	Pacjent mający uprawnienia określone w art. 46 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)	Inwalidzi wojenni oraz osoby represjonowane, ich małżonkowie pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osoby represjonowane, uprawnione do renty rodzinnej i niewidome ofiary działań wojennych	Bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolami „Rp” lub „Rpz”
AZ	Pacjent mający uprawnienia określone w art. 7a Ustawy z dn. 19.06.1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (DzU z 2004 r. nr 3, poz. 20 z późn. zm.)	Pracownicy 28 zakładów przemysłowych, które stosowały azbest w produkcji	Bezpłatne zaopatrzenie w leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbeście
PO	Pacjent mający uprawnienia określone w art. 44 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2004 r. nr 210, poz. 2135)	Żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydaci na żołnierzy zawodowych na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	Bezpłatne zaopatrzenie w leki umieszczone w wykazach leków refundowanych oraz leki recepturowe

prośbę. Przedstawiciel firmy przekazujący próbkę ma obowiązek prowadzić ewidencję przekazanych leków. Próbka nie może być większa niż jedno najmniejsze opakowanie produktu leczniczego dopuszczone do obrotu na terenie Polski, musi być opatrzona napisem „próbka bezpłatna - nie do sprzedaży” i zawierać dołączoną charakterystykę produktu leczniczego. W ciągu roku lekarz nie może otrzymać więcej niż pięć opakowań tego samego produktu leczniczego. Choć jest to niewielka ilość, w niektórych sytuacjach nawet te kilka opakowań może umożliwić pacjentowi efektywne kontynuowanie przyjmowania leku, dlatego warto pamiętać o takiej możliwości.

Problematyczne pozostaje natomiast przyjmowanie napoczętych leków przynoszonych przez pacjentów. Na przykład gdy pacjent zakończy leczenie, pozostaje mu blister niewykorzystanych tabletek, które chciałby przekazać lekarzowi z myślą o innych pacjentach. Jeśli lek jest higienicznie zapakowany (wykluczone jest wtórne dzielenie się napoczętymi syropami i zawiesinami), może się zrodzić pewna wątpliwość, czy lekarz może przekazać taki lek innemu pacjentowi. Warto wiedzieć, że ta sytuacja nie jest uregulowana prawnie i pozostawia wiele wątpliwości. Lekarz nie jest osobą powołaną do dystrybuowania leków i stąd najwłaściwsze wydaje się pokierowanie pacjenta do apteki odbierającej niewykorzystane leki w celu ich utylizacji. Przekazując lek innemu



Rysunek 1. Schemat postępowania z pacjentem nieprzestrzegającym zaleceń terapeutycznych z powodów finansowych

pacjentowi, trzeba mieć bowiem pewność, w jakich warunkach był on przechowywany. Użycie leku po kimś takiej pewności nie daje.

Podsumowanie

Mimo że 7,4 proc. Polaków cierpi z powodu skrajnego ubóstwa, przez co może mieć obiektywne problemy z nabyciem leków, istnieją możliwości, aby im ułatwić dostęp do nich, a co za tym idzie – systematyczną terapię. Przedstawione powyżej sposoby powinny być znane każdemu lekarzowi, a w szczególności lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej. Można je wdrożyć do codziennej praktyki zgodnie z zaproponowanym na rysunku 1 schematem. Dzięki pozyskaniu dodatkowych funduszy na leki najubożsi pacjenci zwiększą prawdopodobieństwo systematycznego leczenia dzięki właściwemu przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, a wraz z tym uzyskają realną szansę na poprawę stanu własnego zdrowia.

Pytania kontrolne

1. Wymień sposoby uzyskania zwrotu kosztów poniesionych przez pacjenta na leki.
2. Jakie instytucje mogą służyć pacjentowi pomocą w uzyskaniu zaleconych przez lekarza leków?
3. Wyjaśnij, dlaczego lekarz rodzinny powinien umieć doradzić pacjentowi, gdzie może uzyskać dofinansowanie swoich leków.

Warto przeczytać

1. Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. www.niepelnosprawni.gov.pl (1.04.2015).
2. Caritas. www.caritas.pl (1.04.2015).
3. Polityka Społeczna. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. www.politykaspoeczna.gov.pl (1.04.2015).
4. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. DzU z 2004 r. nr 64, poz. 593 z późn. zm.
5. Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego. DzU z 2002 r. nr 42, poz. 371 z późn. zm.
6. Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela. DzU z 2003 r. nr 118, poz. 1112 z późn. zm.

11. Dobór właściwej postaci leku

prof. dr hab. n. farm. Małgorzata Sznitowska

Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Lek może być stosowany w praktyce klinicznej, jeżeli jest dopuszczony do obrotu jako tzw. produkt leczniczy. Każdy produkt leczniczy ma określoną formę farmaceutyczną, tzw. postać leku. W tabeli 1 przedstawiono najważniejsze postaci leku. Na etykiecie produktu leczniczego, oprócz nazwy handlowej, nazwy substancji leczniczej i jej dawki, musi być podana nazwa postaci leku.

Dobór właściwej postaci leku to ważny, a czasami niezbędny warunek skutecznej farmakoterapii, ponieważ postać leku ma ułatwić pacjentowi dostosowanie się do wskazań lekarza dotyczących dawkowania i częstości jego stosowania.

Drogi podania i cechy postaci leku

Postać leku jest dobierana przede wszystkim w zależności od drogi jego podania.

Wyróżnia się następujące drogi podania:

- ♦ doustną,
- ♦ pozajelitową,
- ♦ inhalacyjną,
- ♦ na skórę i błony śluzowe (w tym doodbytniczą i dopochwową),
- ♦ do oka.

Tabela 1. Różne drogi podania i postaci leków

PODANIA	POSTAĆ LEKU	RODZAJE, PRZYKŁADY	ZALETY	WADY	
Doustne	krople doustne		łatwe do połknięcia	niesmaczne	
	syropy		łatwe do połknięcia	nieprecyzyjne odmierzenie, nieprzyjemny smak	
	tabletki	różne formy		łatwa aplikacja	trudności w połykaniu
		o niemodyfikowanym uwalnianiu		można dzielić i kruszyć	krótki czas działania
		o przedłużonym uwalnianiu		zmniejszona częstotliwość aplikacji	często niepodzielne
	dojelitowe		eliminacja działania drażniącego na żołądek	nie wolno dzielić	
	o modyfikowanym uwalnianiu		np. szybko i długo działające	często niepodzielne	
musujące		atrakcyjne smakowo	wymagają przygotowania roztworu		
kapsułki	zob. tabletki		zob. tabletki	niepodzielne	
	formy rozpadające się w jamie ustnej	tabletki tabletki liofilizowane lamelki	połykane bez problemu	mogą mieć nieprzyjemny smak/posmak	
Pozajelitowe	płyny do wstrzykiwań	roztwory	szybkie działanie	bolesność ryzyko zakażenia	
		zawiesiny mikrosfery	przedłużone działanie	bolesność ryzyko zakażenia	
Inhalacyjne	aerozole w pojemnikach pod ciśnieniem		wygodna aplikacja, szybkie działanie	niezbędna koordynacja wdechu	
	aerozole proszkowe		wygodna aplikacja, szybkie działanie	nieumiejętna obsługa inhalatora	
Na skórę	maści	maści tłuste pasty żele kremy	łatwa aplikacja	brudzące, częsta aplikacja	
	systemy transdermalne (TTS) – plastry		przedłużone działanie	możliwe przypadkowe odklejenie	

cd. Tabela 1. Różne drogi podania i postaci leków

PODANIA	POSTAĆ LEKU	RODZAJE, PRZYKŁADY	ZALETY	WADY
Doodbytnicze	czopki roztwory		aplikacja łatwa u małych dzieci, szybkie działanie	nieprzyjemna aplikacja
Do oka	krople			trudna aplikacja

Wybór drogi podania i ostatecznie postaci leku w dużej mierze zależy od tego, czy substancja lecznicza ma działać miejscowo, czy ogólnie. Tradycyjne drogi podania leku działającego ogólnie to doustna (tabletki, kapsułki) i pozajelitowa (wstrzyknięcia, infuzje). Chociaż preparat nanoszony na skórę miał do niedawna służyć tylko terapii schorzeń dermatologicznych, to aktualny postęp technologii skutkuje tym, że na skórę i błony śluzowe aplikuje się też leki w celu wywołania efektu ogólnego. Na przykład przeciwbólowy fentanyl jest stosowany w postaci plastrów przezskórnych lub aerozoli do nosa. Są to wtedy tzw. alternatywne drogi podania leków, wykorzystywane w celu zwiększenia wchłaniania, eliminacji działań niepożądanych lub z powodu wygody pacjenta.

Czas działania leku

Wybór nowoczesnej postaci leku opiera się nie tylko na dostosowaniu formy do miejsca i sposobu aplikacji, ale przede wszystkim zależy od pożądanego efektu i oczekiwanego czasu działania. Są to tzw. cele biofarmaceutyczne. Postacią leku można kontrolować czas, siłę i miejsce jego działania. W ten sposób przede wszystkim redukuje się działania niepożądane, a także zmniejsza częstotliwość przyjmowania leku. Najpopularniejsze są tabletki o przedłużonym uwalnianiu omówione poniżej.

Niepożądane cechy produktu leczniczego

Współczesna farmakoterapia coraz częściej musi uwzględniać akceptowalność formy leku przez pacjenta, tak by mu ułatwić regularne stosowanie leku. Niektóre drogi podania i postaci leku są lepiej akceptowane przez pacjentów, ponieważ są wygodniejsze w użyciu, atrakcyjniejsze lub dyskretniejsze. Trudności w zachowaniu reżimu terapii pojawiają się, gdy pacjent na przykład nie toleruje smaku syropu, nie potrafi połknąć zbyt dużej tabletki, jest niezadowolony, bo maść jest widoczna na skórze, a pojemnik z aerozolem inhalacyjnym nie mieści się w małej torebce.

Substancje pomocnicze

Oprócz substancji leczniczej postać leku tworzą tzw. substancje pomocnicze. Wśród leków generycznych na rynku mogą się znaleźć lepiej i gorzej tolerowane przez pacjenta, właśnie z powodu różnego składu substancji pomocniczych. Obecność na rynku tzw. zamienników daje możliwość wyboru produktu leczniczego dla pacjentów nietolerujących substancji pomocniczych, np. bez laktozy lub bez barwników. W lekach pediatrycznych duże znaczenie ma wybór syropu o smaku preferowanym przez dziecko. A to oczywiście wpływa na skuteczność leczenia i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Znane jest działanie drażniące i uczulające środków konserwujących. W kroplach do oczu można unikać środków konserwujących dzięki nowoczesnym opakowaniom. Rozwiązaniem jest wprowadzenie opakowań jednodawkowych (tzw. minimsy - ampułki z tworzywa sztucznego zawierające 0,3-0,5 ml kropli do oczu) lub zabezpieczenie butelki przed dostawaniem się mikroorganizmów w czasie aplikacji leku. Takie zabezpieczenie uzyskuje się na przykład dzięki odpowiedniej konstrukcji zaworów dozujących krople lub przez wmontowanie w zakraplacz filtra wyjąławiającego.

Mniej częsta aplikacja leku

W ostatnim czasie rozwój technologii postaci leku to przede wszystkim postęp w zakresie form o przedłużonym działaniu/uwalnianiu. Obok leków doustnych formy o przedłużonym działaniu występują w lekach iniekcyjnych i ocznych. W przypadku podania pozajelitowego ogranicza się częstotliwość podania iniekcji przede wszystkim dzięki formie zawiesiny podskórnej: postać zawiesiny pozwala na uzyskanie działania insuliny nawet do 24 godzin, a roztworu - najwyżej do 8 godzin. Największym osiągnięciem ostatnich lat są mikrosfery polimerowe inkorporujące substancje lecznicze (np. analogi gonadoliberyny), które wstrzykiwane w formie zawiesin pozwalają na powolne uwalnianie nawet przez 3 miesiące.

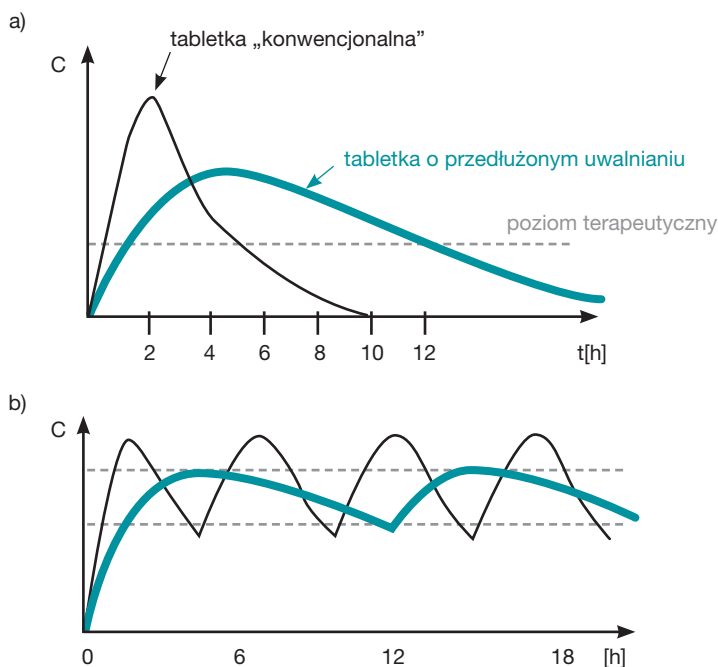
Efekt przedłużonego uwalniania wykorzystuje się także w celu mniej częstego podawania kropli do oczu. Ponieważ roztwory olejowe lub maści do oczu są słabo tolerowane przez pacjentów (zaburzają widzenie), aktualnie często praktykowanym zabiegiem technologicznym jest zwiększanie lepkości kropli do oczu za pomocą polimerów (np. hydroksyetylocelulozy lub karbomeru). O wiele dłuższy czas działania zapewniają tzw. inserty (stałe polimerowe wkładki powoli rozpuszczające się w płynie łzowym), lecz zostały one uznane przez pacjentów jako niewygodne w aplikacji.

Ważną postacią leku o przedłużonym uwalnianiu są plastry przezskórne (transdermalne systemy terapeutyczne, TTS). Naklejony na skórę plaster TTS uwalnia substancję leczniczą (np. fentanyl, nikotynę, estradiol, nitroglicerynę) przez bardzo długi okres (do kilku dni) i nie wymagając częstej wymiany, stanowi dogodną alternatywę na przykład dla preparatów doustnych o większej częstotliwości dawkowania.

Coraz częściej w formie nowoczesnych plastrów pojawiają się leki przeciwbólne i przeciwreumatyczne, zastępując maści, które wymagają częstej aplikacji i są kłopotliwe w użyciu.

Tabletki i kapsułki o modyfikowanym uwalnianiu

Stosowanie postaci leku o przedłużonym uwalnianiu pozwala na zmniejszenie wahań stężeń leku we krwi i w tkance, ponieważ nie następuje gwałtowny wzrost tych stężeń, jak po podaniu formy szybko uwalniającej (o niemodyfikowanym uwalnianiu). Zostało to zaprezentowane na rysunku 1. Z tabletki niemodyfikowanej (tzw. konwencjonalnej) cała dawka leku może ulegać wchłanianiu już w czasie godziny, po czym następuje szybki spadek stężenia leku we krwi, aż do momentu podania kolejnej dawki. Natomiast z tabletki o przedłużonym uwalnianiu substancja lecznicza jest uwalniania stopniowo nawet przez 12 godzin i dociera do krwi również stopniowo, co pozwala na utrzymanie przez ten czas stężenia leku na podobnym poziomie, bez dużych skoków. Jest to często bardzo istotne dla samopoczucia pacjenta, który w wyniku takich wahań stężeń nie odczuwa działań niepożądanych. Na przykład jest to wyraźnie odczuwalne w przypadku teofiliny, która obecnie występuje tylko w formie tabletek o przedłużonym uwalnianiu.



Rysunek 1. Profil stężeń we krwi (c) substancji leczniczej po podaniu w formie o niemodyfikowanym i o przedłużonym uwalnianiu: a – podanie jednorazowe; b – podanie wielokrotne

Czas uwalniania substancji leczniczej z tabletek lub kapsułek można również modyfikować w innym kierunku. Przykładowo: z tabletek dojelitowych, powlekanych otoczkami nierozpuszczalnymi w kwaśnym pH żołądka, substancja uwalnia się dopiero w jelitach. W ten sposób unika się drażnienia żołądka przez takie substancje jak niesteroidowe leki przeciwzapalne. Istnieją również formy doustne, które zawierają dawkę substancji leczniczej szybko uwalnianą i tzw. dawkę podtrzymującą (o przedłużonym uwalnianiu), co dodatkowo pozwala spełnić oczekiwania pacjenta zarówno szybkiego, jak i długiego działania leku, np. przeciwbólowego.

Najpopularniejsze sposoby uzyskiwania przedłużonego uwalniania substancji leczniczej z tabletek to utworzenie matrycy tabletki z polimerów żelujących w przewodzie pokarmowym lub nierozpuszczalnych. Taka technologia pozwala na dzielenie tabletek przez pacjenta, a jeżeli nie ma możliwości dzielenia, nawet przypadkowe przyjęcie połowy, a nie całej tabletki nie skutkuje szybkim uwolnieniem całej dawki. Jeżeli obecna jest dawka inicjująca, to znajduje się w postaci dodatkowej warstwy (tabletki dwuwarstwowe) lub w otoczce. Kapsułki o przedłużonym uwalnianiu to przede wszystkim kapsułki z wypełnieniem w formie granulek (tzw. peletek), które są powlekane polimerami spowalniającymi uwalnianie leku. Takie peletki mogą być czasami tabletkowane. Kiedy do tabletkowanej masy doda się jeszcze porcję substancji leczniczej, uzyskuje się tabletki z dawką inicjującą. W postaci tabletek dwuwarstwowych występuje np. amoksycylina (Augmentin SR), a tabletki z peletkami to forma dla metoprololu (Betaloc ZOK).

Dzielenie tabletek

Poważną przyczyną działań niepożądanych lub nieskutecznej terapii jest nieprawidłowe dzielenie tabletek lub odmierzanie dawki leku, który jest niepodzielny. Kapsułki to zawsze forma niepodzielna leku. Cała dawka umieszczona w żelatynowej osłonce musi być przyjęta jednorazowo. Jedynie w przypadku gdy kapsułka nie może być połknięta (np. przez dziecko), można wyjątkowo wysypać jej zawartość i przyjąć bez osłonki (np. zmieszać z płynem lub pożywieniem). Tabletki są dzielone po to, by:

- ♦ ułatwić połknięcie (jako dwie połówki albo po pokruszeniu zmieszane z pożywieniem),
- ♦ zmniejszyć dawkę przyjmowanego leku.

Oba te postępowania są dopuszczalne, jeżeli w ulotce dla pacjenta jest zawarta odpowiednia informacja na ten temat. Niestety producenci często pomijają tę ważną kwestię (ani nie zezwalając, ani nie zabraniając dzielenia). W takim przypadku można zezwalać na dzielenie lub nawet na kruszenie, jedynie gdy są to tabletki o niemodyfikowanym uwalnianiu (w nazwie nie ma rozszerzeń „dojelitowe”, „o przedłużonym uwalnianiu”, „o kontrolowanym uwalnianiu”, „o modyfikowanym uwalnianiu”). Jeżeli nie ma kreski dzielącej,

trudno jest podzielić tabletkę na połowę, a jeszcze trudniej na cztery części, a więc dzielenie takiej tabletki dopuszcza się tylko w celu ułatwienia połknięcia, a nie zmniejszenia dawki.

Nie wolno natomiast dzielić tabletek dojelitowych, ponieważ w ten sposób niszczy się ciągłość otoczki chroniącej tabletkę w żołądku. Tabletki o przedłużonym/modyfikowanym uwalnianiu można dzielić tylko wtedy, gdy zezwala na to producent. Nie wolno ich też nigdy kruszyć, gdyż z małych cząstek nie będzie możliwe wolne uwalnianie.

Łatwiejsze połykanie

Trudności w połykaniu tabletek lub kapsułek mogą być istotnym problemem farmakoterapii. Dotyczy to nie tylko pacjentów pediatrycznych, ale także osób starszych lub z dysfagią. Łatwiejsze do połknięcia są zwykle tabletki powlekane.

Aktualnie nowym kierunkiem rozwoju technologii farmaceutycznej są tabletki, których nie połyka się w całości, ale po ich szybkim rozpadzie w jamie ustnej. Są to tzw. tabletki ODT (*orodispersible tablets* – tabletki rozpadające się w jamie ustnej). Taka tabletką położona na języku rozpuszcza się zwykle w czasie kilkunastu sekund, po czym pacjent połyka zawiesinę/roztwór ze śliną. Postać rozpadająca się w jamie ustnej nie musi być tabletką – może być liofilizatem (tzw. tabletką liofilizowaną) lub lamelką (cienki „listek” polimerowy), co określa się jako ODX.

Formy ODX to również odpowiednia postać dla pacjentów odmawiających przyjmowania tabletek (np. w przypadku leczenia zaburzeń psychicznych). Ich dodatkową zaletą jest możliwość podania pacjentom pozostającym w pozycji leżącej, gdy aplikacja tabletki konwencjonalnej jest trudna lub niewykonalna. Formy ODX są projektowane też dla substancji przeciwwymiotnych i przeciwbiegunkowych, kiedy ogranicza się przyjmowanie płynów. ODX pozwalają również na przyjęcie leku, gdy niedostępna jest woda (np. w podróży). Takie formy proponuje się ponadto, gdy lek ma być przyjmowany dyskretnie – w tej postaci występuje np. sildenafil (dyskretna aplikacja leku może się odbywać, wówczas gdy nie jest potrzebna do popicia woda). Trzeba jednak pamiętać, że zawsze wtedy, gdy woda jest dostępna, należy wszystkie leki popijać – sprzyja to szybszemu i bardziej powtarzalnemu wchłanianiu (obecność wody w żołądku), a przede wszystkim przepłukuje się w ten sposób jamę ustną i przełyk, unikając oddziaływania substancji czynnych z błoną śluzową, co może powodować podrażnienia.

Postaci leków w pediatrii

Dobierając postać leku, należy wziąć pod uwagę wiele czynników, takich jak m.in. wiek docelowej grupy pacjentów. Jedną z podstawowych kwestii w terapii dzieci jest trudność w podaniu dziecku leku, a także w odmierzeniu przepisanej dawki. Podstawowy problem podania leku dziecku wiąże się jednak ze zróżnicowanymi

preferencjami i możliwościami przyjęcia leku przez dzieci z różnych grup wiekowych.

Najpowszechniej stosowaną i najnaturalniejszą, a jednocześnie stosunkowo bezpieczną drogą podania leku jest droga doustna. Dla małych dzieci stosuje się formy płynne – krople doustne, roztwory, zawiesiny i syropy. Szacuje się, że dzieci poniżej 6. roku życia, a niekiedy również starsze, nie są w stanie połknąć stałej postaci leku. Warto zaznaczyć, że opracowano techniki treningowe służące nauczaniu połykania tabletek.

Gdy nieumiejętność połykania stałych form jest barierą nie do pokonania, proponuje się nie tylko formy płynne, ale też wyżej wspomniane formy ODX. W ofercie doustnych leków pediatrycznych znajdują się: lizaki, pastylki miękkie (w tym żelki), tabletki do rozgryzania i żucia oraz gummy do żucia.

W pediatrii szczególnie często korzysta się z doodbytniczych form podania leku o działaniu ogólnym (czopków i mikrowlewek). Stały się one ważną formą leku pediatrycznego przede wszystkim z powodu łatwości aplikacji małym dzieciom. Formy te są też istotne w przypadku dzieci, które nie potrafią połykać tabletek, lub też dzieci wymiotujących. Warto zaznaczyć, że w krajach skandynawskich i anglosaskich rozwiązania takie są praktycznie niestosowane z powodów kulturowych. Nie są akceptowane także przez dzieci w wieku szkolnym.

Akceptowalny smak i atrakcyjny zapach to kluczowe czynniki brane pod uwagę podczas opracowywania leku dla dziecka. W postaciach leku doustnego innych niż tabletki lub kapsułki (maskowanie smaku przez otoczkę) powszechny jest dodatek substancji poprawiających smak i zapach, w tym substancji słodzących. Aplikacja leku pacjentom pediatrycznym może być ułatwiona poprzez umożliwienie wyboru przez dziecko smaku produktu leczniczego. W Ameryce Północnej oraz Australii dostępny jest zestaw ponad 40 różnych esencji smakowych pod nazwą FLAVORx, które farmaceuta może zaproponować, by dodać do syropów, z którymi producenci deklarują zgodność fizykochemiczną.

Ważne jest jednak, aby smak leku nie był zbyt atrakcyjny, ponieważ może dojść do jego nadużycia, gdy dziecko ma przypadkowy samodzielny kontakt z lekiem.

Powstaje też idea wprowadzenia na rynek wielokompartimentowej postaci leku dla dzieci w formie minitabletek (o średnicy najwyżej 3 mm) lub peletek, które będą umożliwiały precyzyjne dawkowanie w zależności od wieku dziecka poprzez „mnożenie” jednostek, a nie ich dzielenie, zapewniając jednocześnie właściwe maskowanie smaku i ułatwienie połykania. Dzięki małym rozmiarom i możliwości powlekania otoczkami spowalniającymi uwalnianie leki te dają szansę wprowadzenia pierwszych form pediatrycznych o modyfikowanym uwalnianiu. Obecnie dzieci przyjmują tylko leki o niemodyfikowanym uwalnianiu, co wymaga częstej i niewygodnej aplikacji.

Precyzyjne i bezpieczne podanie leku, z maskowaniem smaku, uzyskano poprzez umieszczenie powlekanych peletek z antybiotykiem (klarytromycyna) w słonce do napojów (opakowanie bezpośrednie dawki leku). Słomkę umieszcza się w napoju i zaciągnięcie płynu (np. soku) jest równoznaczne z pobraniem dawki antybiotyku. Niestety z powodu ograniczeń refundacyjnych lek ten został wycofany (w Niemczech), co wskazuje na poważne problemy przy wprowadzaniu do lecznictwa innowacyjnych postaci leku.

Atrakcyjne aerozole

Łatwiejsza aplikacja leku stanowi gwarancję jego regularnego przyjmowania, a tym samym skuteczności leczenia. Dla osiągnięcia tego celu przemysł farmaceutyczny wykorzystuje nie tylko nowe postacie leku, ale także różnego rodzaju urządzenia dozujące i aplikatory. Wśród nich można wymienić np. wstrzykiwacze z insuliną (tzw. peny) lub inhalatory.

Tradycyjne inhalatory pod ciśnieniem zostały obecnie zastąpione przez łatwiejsze w użyciu inhalatory proszkowe (*dry powder inhalers*, DPI), których główną zaletą jest to, że porcja leku w postaci suchego proszku jest pobierana z dozownika przez pacjenta jedynie przy użyciu siły wdechu, bez konieczności umiejętnej koordynacji aktywacji zaworu z wdechem, jak to jest przy aerozolach w pojemnikach pod ciśnieniem (*metered dose inhalers*, MDI).

Oba typy inhalatorów są trudne do użycia u małych dzieci. Przy inhalatorach MDI stosuje się tzw. przystawki objętościowe (spejsery - komory, w których zatrzymuje się uwolniona z inhalatora porcja aerozolu) lub proponuje się inhalację z nebulizatora. Terapię inhalacyjną, szczególnie w pediatrii, zrewolucjonizowały ambulatoryjne nebulizatory o niewielkich rozmiarach i prostej obsłudze.

Warto podkreślić, że do zastosowań pediatrycznych nebulizatory i komory objętościowe są w atrakcyjnych kolorach i kształtach, czasami z „odpowiedzią dźwiękową”, tak by uatrakcyjnić przyjęcie leku przez dziecko (dotyczy to także wstrzykiwaczy z insuliną i innych systemów dozujących).

Aerozole stają się coraz popularniejszą postacią leku również do nosa. Aplikacja leku nie tylko jest bardziej komfortowa i szybsza w porównaniu z aplikowaniem tradycyjnych kropli, ale również skuteczniejsza - lek w rozproszonyj formie jest równomiernie nanoszony na błonę śluzową nosa, pozostaje dłużej w miejscu aplikacji (nie spływa do gardła) i umożliwia szybkie wchłanianie substancji leczniczej. Aerozole do nosa przyczyniają się tym sposobem do zmniejszenia działań niepożądanych na skutek działania systemowego leku (nadmiar płynu podanego w postaci kropli spływa przez przewód nosowo-gardłowy do żołądka, gdzie lek ulega wchłanianiu do krwiobiegu).

Inteligentne opakowania

Bardzo duże znaczenie dla bezpiecznej i skutecznej farmakoterapii ma opakowanie leku, z jego oznakowaniem oraz informacją dołączoną dla pacjenta (ulotka). Poniżej wskazane są tylko niektóre aspekty dotyczące opakowania leku.

Jednym z podstawowych wymagań stawianych coraz częściej opakowaniom leków jest identyfikacja ich pierwszego otwarcia, co zapobiega zafalszowaniom, a także pomaga ocenić, czy lek może być jeszcze stosowany (np. syropy lub krople do oczu mogą być stosowane tylko w stosunkowo krótkim czasie po otwarciu). Takie wymaganie spełniają na przykład blistry z tabletkami (wyjęcie tabletki możliwe jest po zniszczeniu folii) lub fiolki z lekiem iniekcyjnym (usunięta jest nakładka osłaniająca miejsce wbicia igły w korek). W butelkach i słoikach stosuje się połączenie nakrętki z szyjką niszczoną podczas pierwszego otwarcia (pierścień „gwarancyjny”).

Osobnym problemem są opakowania chroniące przed dostępem dla dzieci. Najczęściej takie zabezpieczenia stosuje się w słoikach z tabletkami – nakrętkę odkręca się tylko w określony sposób.

Wspomniano już o niektórych systemach dozujących dawki aerozoli. System dozujący może być elementem opakowania jak w inhalatorach lub występuje oddzielnie (np. miarka lub strzykawka). Ważne jest, by pacjent odmierzał dawkę właściwie. W tym wypadku pomocne są rozwiązania zapobiegające pomyłkom, które popełniają pacjenci – na przykład istnieją strzykawki doustne, w których blokuje się tłok na określonym miejscu skali, tak by nie podać pacjentowi więcej leku. Wstrzykiwacze z insuliną mają sygnalizatory właściwie ustawionej dawki, co jest szczególnie przydatne dla osób niedowidzących. Inhalatory proszkowe mają wskaźniki liczby pobranych dawek i prawidłowości pobrania dawki.

Bardziej zaawansowane rozwiązania ukierunkowane są na elektroniczną kontrolę prawidłowej dawki i częstości przyjmowania leku. W tym celu można zamontować w blistrze z tabletkami lub w słoiczku bądź w fiolce mikrochipy rejestrujące nie tylko fakt pobrania leku, ale też czas tego działania, a nawet wielkość pobranej dawki. Kontrola tych danych może się odbywać online lub podczas okresowego odczytu. W ten sposób lekarz lub opiekun pacjenta dysponuje informacją o stosowaniu się pacjenta do zaleceń lekarskich. Takie rozwiązania stosuje się już w opakowaniach leków przeznaczonych do badań klinicznych.

Edukacja pacjenta

Przedstawiony wyżej przegląd postaci leków, uwzględniający rozwiązania ułatwiające ich stosowanie, prezentuje tylko niektóre przykłady kierunków rozwoju form farmaceutycznych. Niewątpliwie istnieje potrzeba dalszych zmian.

Wszelkie cenne rozwiązania technologiczne nie mają jednak wartości, jeżeli pacjent nie przestrzega instrukcji. Sposób postępowania z lekiem nie zawsze jest oczywisty, nawet

gdy wydaje się prosty. Informacje zawarte w ulotce dla pacjentów są bardzo często niewystarczające lub niejasne, a pacjenci przed przyjęciem leku nie zawsze je czytają. Wiele naukowych źródeł wskazuje, że wynikające z takiej niewiedzy błędy zdarzają się często pacjentom, ich rodzicom i opiekunom, ale także pielęgniarce w szpitalach.

Niezbędna jest intensywna edukacja przez farmaceutów wydających leki w aptece. Cenne byłoby wprowadzenie programu edukacyjnego w szkołach, gdyż stosowanie leków dotyczy całego społeczeństwa, a poznanie zasad prawidłowego postępowania z lekiem oraz rozumienie informacji o leku stanowią elementy „przygotowania do życia”. Szkoda, że nie powstają na ten temat programy edukacyjne w mediach. Firmy farmaceutyczne powinny wzmacniać edukację, przedstawiając na stronach internetowych zasady przyjmowania różnych postaci leku, stosowania aplikatorów albo konkretnych produktów.

Pytania kontrolne

1. Jakie są ograniczenia (wady) tabletek „konwencjonalnych” i jakie efekty można uzyskać, stosując nowoczesne postaci leków doustnych?
2. Kiedy tabletki lub kapsułki mogą być dzielone?
3. Podaj przykłady rozwiązań technologicznych, które sprawiają, że aplikacja leku jest wygodniejsza, łatwiejsza lub przyjemniejsza.
4. Jakie postaci leku pediatrycznego stwarzają szanse na zwiększenie akceptowalności leku przez dziecko, a jakie na bardziej precyzyjne dawkowanie zależne od wieku dziecka?
5. Jakie możliwości stwarzają „inteligentne” opakowania leków?
6. Czy informacje zawarte w ulotkach są wystarczające, by leki w różnych postaciach były stosowane prawidłowo?

Warto przeczytać

1. Sznitowska M., Kaliszan R.: Biofarmacja. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014.

CZEŚĆ B

**NIEPRZESTRZEGANIE
ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH**

W LECZENIU CHORÓB
PRZEWLEKŁYCH

1. Hipertensjologia

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong

*Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii,
Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Wstęp

Ostatni raport Światowej Organizacji Zdrowia dowodzi, że nadciśnienie tętnicze stanowi najważniejszą przyczynę przedwczesnych zgonów w skali całego świata. Szacuje się, że 7,5 miliona osób rocznie umiera z powodu powikłań nadciśnienia, co stanowi 12,8 proc. wszystkich zgonów na świecie. Te same analizy wskazują, że prawie 4 proc. traconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu lub przewlekłej choroby wynika z występowania nadciśnienia tętniczego. Na liście czynników ryzyka przedwczesnych zgonów nadciśnienie tętnicze wyprzedza palenie tytoniu, cukrzycę, siedzący tryb życia oraz otyłość.

Terapia nadciśnienia tętniczego składa się z dwóch podstawowych elementów: modyfikacji stylu życia i farmakoterapii. Postępowanie nefarmakologiczne obejmuje: zmianę diety w celu normalizacji masy ciała i zmniejszenia spożycia chlorku sodu, zwiększenie aktywności fizycznej, ograniczenie spożycia alkoholu i zaprzestanie palenia tytoniu. Mniejsze znaczenie mają procedury redukujące stres, takie jak terapia behawioralna, medytacje lub joga.

Zdecydowana większość pacjentów ma wskazania do rozpoczęcia farmakoterapii w chwili postawienia rozpoznania choroby, a prawie 70-letnie doświadczenie w stosowaniu leków hipotensyjnych dowodzi ich bezpieczeństwa i skuteczności. Dane uzyskane w trakcie długotrwałej obserwacji osób, które uczestniczyły w pierwszych dużych badaniach klinicznych (Systolic Hypertension in Elderly Program, SHEP) wskazują,

że jeden miesiąc leczenia nadciśnienia oznacza jeden dodatkowy dzień życia chorego. Istnieją również niezwykle silne dowody, że skuteczna terapia hipotensyjna zmniejsza ryzyko ciężkich powikłań, takich jak choroba wieńcowa i tętnic obwodowych, zawał serca, niewydolność serca, udar oraz niewydolność nerek.

Niedostateczna kontrola ciśnienia tętniczego i nadciśnienie oporne

Pomimo udokumentowanych korzyści oraz dostępności skutecznej i bezpiecznej terapii powszechnym problemem pozostaje niedostateczna kontrola ciśnienia tętniczego w populacji. Oznacza to, że chory nie osiąga zakładanych wartości ciśnienia tętniczego, zwykle poniżej 140/90 mm Hg. Szczególną sytuację stanowi tzw. nadciśnienie oporne, które rozpoznaje się wtedy, gdy mimo modyfikacji stylu życia oraz zastosowania racjonalnej kombinacji co najmniej trzech leków hipotensyjnych w odpowiednich dawkach, w tym diuretyku, nie udaje się obniżyć ciśnienia skurczowego ani rozkurczowego do wartości docelowych, tj. u większości chorych poniżej 140/90 mm Hg.

Dane z naszego kraju (badanie NATPOL 2011) wykazują skuteczną kontrolę ciśnienia jedynie u 26 proc. wszystkich osób z nadciśnieniem. W objętej badaniem grupie w wieku 18-79 lat, reprezentatywnej dla populacji Polski, 30 proc. osób nie miało wcześniejszego rozpoznania choroby, a 9 proc. mimo wcześniejszej diagnozy nie podjęło terapii. Oznacza to, że 42 proc. pacjentów znajdujących się pod opieką lekarską jest skutecznie leczonych.

Istnieją dowody, że sukces terapeutyczny można osiągnąć u znacznie większego odsetka pacjentów. W Kanadzie dzięki narodowemu programowi (Canadian Hypertension Education Program, CHEP) nie tylko ponad 65 proc. chorych jest poddawanych skutecznej kontroli ciśnienia tętniczego, lecz także od 1999 r. obserwuje się zmniejszenie liczby zawałów serca, udarów i zgonów wywołanych chorobami układu krążenia i rakiem płuca. Jednocześnie prawie dwukrotnie wzrosła liczba przyjmowanych leków hipotensyjnych.

W dużych, długoterminowych próbach klinicznych udało się uzyskać dobrą kontrolę ciśnienia u trzech czwartych pacjentów. Oczywiście do badań klinicznych włącza się zwykle pacjentów z dużą motywacją do leczenia, będących pod ścisłym nadzorem lekarskim. Z drugiej strony są to często pacjenci, u których występuje zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe, czyli nadciśnienie trudniejsze do leczenia.

Dostępne dane wskazują, że dobra kontrola ciśnienia tętniczego jest możliwa do osiągnięcia u większości chorych, a za główne przyczyny braku skuteczności terapii hipotensyjnej przyjmuje się:

- oporność pacjenta (brak współpracy lub niedostateczną współpracę),
- oporność lekarza (inercję terapeutyczną),
- oporne nadciśnienie tętnicze (najrzadziej).

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jako przyczyna niedostatecznej kontroli ciśnienia tętniczego

Najwiarygodniejszą metodą oceny stopnia współpracy pacjenta pozostają rejestry apteczne, czyli bazy danych, które odnotowują fakt wypisania przez lekarza recepty oraz termin jej zrealizowania przez chorego. Największe opublikowane opracowanie, które zawiera informacje o 376 162 chorych, wskazuje, że po dwóch latach średnio 57 proc. chorych przyjmuje zalecane leki. Odsetek współpracujących chorych był mniejszy w badaniach, w których terapia hipotensyjna była prowadzona w prewencji pierwotnej, i wynosił średnio 50 proc. Odsetek chorych współpracujących zmniejsza się w trakcie całego okresu prowadzenia obserwacji i po pięciu latach może wynosić jedynie 10-15 proc.

Metody oceny stopnia współpracy poprzez odpowiednie kwestionariusze ankietowe wydają się zawyżać powyższe wartości, ponadto nie uwzględniają osób, które na stałe przerywają terapię (*non-persistence*). Jednak kwestionariusze ankietowe, np. Morrisky'ego, są skuteczną metodą identyfikacji chorych o podwyższonym ryzyku gorszej współpracy w trakcie terapii. Opracowano także kilkanaście innych rodzajów ankiet przeznaczonych wyłącznie dla grupy pacjentów z nadciśnieniem (Brief Medication Questionnaire, Medication Adherence Self-Efficacy Scale, Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale), nie ma jednak dowodów, które by wskazywały na ich przewagę nad ogólną skalą Morrisky'ego-Greena.

Niezwykle istotnym powodem nieskuteczności leczenia jest brak odpowiedniej modyfikacji stylu życia. Zmniejszenie masy ciała o 10 kg może spowodować obniżenie ciśnienia skurczowego nawet o 10 mm Hg, zależnie od stopnia otyłości pacjenta. Przyczyną złej kontroli ciśnienia może być też palenie papierosów lub nadmierne spożycie alkoholu. Zmniejszenie spożycia soli spowoduje u większości chorych istotne obniżenie ciśnienia tętniczego, a także zwiększy skuteczność działania wielu klas leków hipotensyjnych.

W Polsce można zaobserwować rosnącą liczbę osób otyłych. W ostatniej dekadzie zwiększyła się ona z 19 do 22 proc. dorosłych (NATPOL 2011), co mimo zmniejszenia się odsetka palaczy w tym czasie (z 34 do 27 proc.) wiąże się ze wzrostem liczby chorych z nadciśnieniem i cukrzycą. Nie ma danych o zmianie spożycia soli, ale te dostępne wskazują na przyjmowanie ilości (15-16 g soli dziennie) przekraczających zalecane wielkości (< 5 g na dobę). Utrzymanie się powyższych tendencji spowoduje do 2035 r. wzrost liczby chorych z nadciśnieniem tętniczym o 50 proc.!

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jako przyczyna opornego nadciśnienia tętniczego

Szacuje się, że w ogólnej populacji leczonych pacjentów oporność nadciśnienia tętniczego występuje u 8-13 proc. z nich, przy czym odsetek ten jest większy w ośrodkach referencyjnych oraz wśród chorych biorących udział w badaniach klinicznych. U części

chorych oporność na leczenie jest pozorna i dotyczy pacjentów, u których w pomiarach w warunkach klinicznych stwierdza się podwyższone wartości ciśnienia, ale kontrola ciśnienia w pomiarze ambulatoryjnym (ABPM) i/lub pomiarach domowych jest prawidłowa. Tego rodzaju rzekomą oporność na leczenie, określaną mianem reakcji białego fartucha, stwierdzano nawet u 25-50 proc. chorych z tzw. opornym nadciśnieniem. Istotne podejrzenie nadciśnienia oraz reakcji białego fartucha pojawia się, gdy pacjent:

- ♦ zgłasza dużą zmienność ciśnienia tętniczego (skoki),
- ♦ często sam mierzy ciśnienie tętnicze,
- ♦ dokonuje pomiarów ciśnienia tętniczego w nocy,
- ♦ wiąże swoje dolegliwości (ból głowy, złe samopoczucie, osłabienie) z wartościami ciśnienia tętniczego.

Innym powodem braku kontroli i oporności nadciśnienia tętniczego może być tzw. inercja terapeutyczna, czyli niezwiększanie intensywności leczenia hipotensyjnego mimo stwierdzenia podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego. Według niektórych danych inercję terapeutyczną wykrywa się w zachowaniu lekarzy w 80 proc. przypadków nieskutecznej kontroli ciśnienia tętniczego. Wynikiem inercji terapeutycznej jest świadome zaniechanie działania przez lekarza, czyli niezwiększanie dawek stosowanych leków lub niepodanie kolejnego preparatu hipotensyjnego.

Rzadziej przyczynę oporności nadciśnienia tętniczego na leczenie stanowi nierozpoznana postać wtórna choroby (pierwotny hiperaldosteronizm, choroba Cushinga, zwężenie tętnicy nerkowej, guz chromochłonny) lub współistniejący obturacyjny bezdech podczas snu.

Brak współpracy pacjenta pozostaje istotną przyczyną oporności nadciśnienia tętniczego także po wykluczeniu oporności rzekomej, postaci wtórnych i eliminacji inercji terapeutycznej po skierowaniu chorego do ośrodka referencyjnego. Przeprowadzony przez brytyjskich badaczy pomiar stężenia leków w moczu dowodzi, że w grupie osób z „prawdziwym” nadciśnieniem opornym całkowity brak leków w moczu stwierdza się u 10 proc., a obecność jedynie części z zalecanych preparatów - u 15 proc. Podobne badania przeprowadzone w Polsce, obejmujące grupę 36 chorych z rejestru opornego nadciśnienia tętniczego (RESIST POL), wykryły całkowity brak współpracy u 13,9 proc. badanych, a częściowy - u 72,2 proc. Powyższe dane mogą tłumaczyć małą skuteczność terapii interwencyjnej nadciśnienia (denerwacja tętnic nerkowych) obserwowaną w badaniach klinicznych (SIMPLICITY HTN 3). W doświadczeniu, w którym pacjenci przyjmowali leki pod nadzorem w sposób gwarantujący ich przyjęcie (*witnessed intake*), wykonanie denerwacji nerkowej nie wpływało w znaczący sposób na wielkość ciśnienia tętniczego.

Należy pamiętać, że na wynik pomiaru obecności leku w płynach biologicznych wpływa także zjawisko białego fartucha w odniesieniu do stopnia współpracy chorego. Bezpośrednio przed wizytą chorzy przypominają sobie o konieczności wzięcia leku lub leków.

Właściwości farmakokinetyczne większości preparatów stosowanych w leczeniu nadciśnienia powodują, że terapeutyczne stężenia można zmierzyć już po 1-2 dniach przyjmowania.

Powyższe dane dowodzą zatem, że **prawdziwa oporność nadciśnienia na podane leki występuje znacznie rzadziej niż oporność chorego na przyjmowanie leków.**

Czynniki ryzyka nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Istnieje wiele potencjalnych czynników, które zwiększają ryzyko braku dostatecznej współpracy chorego, jednak nie wszystkie z nich były analizowane w prowadzonych badaniach. Wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym potencjalne znaczenie mogą mieć: wskazania do podawania leków (prewencja pierwotna lub wtórna), schemat farmakoterapii i rodzaj podawanych leków, charakterystyka pacjenta oraz koszt terapii. Należy jednak pamiętać o braku jednolitej metodologii prowadzonych badań oraz powszechnie akceptowanego kryterium właściwego przestrzegania zaleceń terapeutycznych. W badaniach klinicznych za kryterium dobrej współpracy uznaje się przyjmowanie przez chorego ponad 80 proc. zalecanych dawek leków, jednak w terapii nadciśnienia tętniczego zmiana tego wskaźnika o 10 proc. może powodować znaczącą poprawę kontroli ciśnienia tętniczego. Czynniki, które zmniejszają lub zwiększają ryzyko nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, przedstawia tabela 1.

W Polsce część tych czynników może mieć mniejsze znaczenie, np. posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego lub ceny preparatów. Wszystkie klasy leków hipotensyjnych są dostępne w naszym kraju w postaci tanich leków generycznych.

Tabela 1. Czynniki wpływające na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

ZWIĘKSZAJĄCE RYZYKO BRAKU WSPÓŁPRACY	ZMNIEJSZAJĄCE RYZYKO BRAKU WSPÓŁPRACY
Płeć męska	Płeć żeńska
Niedostateczna wiedza na temat choroby	Wyższe wykształcenie
Niskie dochody	Zamożność
Młody wiek	Posiadanie żony/męża
Brak ubezpieczenia	Dobra relacja z lekarzem
Negatywne nastawienie do terapii	Wysokie wartości ciśnienia tętniczego
Nagły spadek ciśnienia po pierwszych dawkach leku	Współistniejące choroby, zwłaszcza przebyte powikłania sercowo-naczyniowe
Nadużywanie alkoholu	Zaangażowanie pacjenta
Palenie tytoniu i inne uzależnienia	Wspomaganie poprzez przypominanie o wizytach (telefony, e-maile, SMS-y), dyspensery leków
Niepełnosprawność	Samokontrola ciśnienia tętniczego
Złożony schemat terapii	Prosty schemat terapii
Koszt terapii	Stosowanie preparatów złożonych
Mniejszości etniczne	Znajomość celów terapeutycznych
Choroby psychiczne	
Stany lękowe	

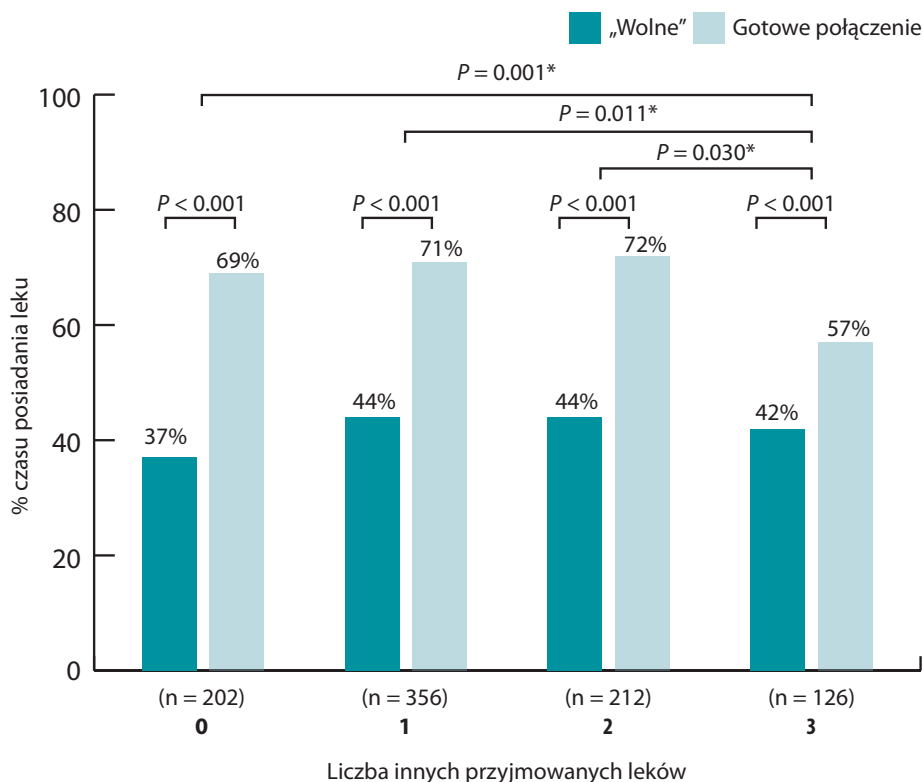
Interwencje poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

Należy pamiętać, że większość danych dotyczących skutków różnych interwencji na stopień współpracy chorego opiera się na badaniach obserwacyjnych korzystających z różnych metod oceny (takich, jak: ankiety, liczba zwróconych leków, rejestry apteczne, rejestry towarzystw ubezpieczeniowych). Istotnym elementem rzutującym na ostateczne wyniki jest selekcja chorych do badań. Przykładowo: ocena skuteczności edukacji chorych dotyczy wyłącznie tych osób, które chciały uczestniczyć w tych programach. Jednak w odniesieniu do pacjenta z nadciśnieniem tętniczym dysponujemy zawsze pośrednim, ilościowym, ale istotnym wskaźnikiem współpracy, jakim jest wartość ciśnienia tętniczego u pacjenta. Jeśli stosowana metoda poprawia kontrolę ciśnienia, na pewno korzystnie wpływa na stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Wybór leku hipotensyjnego. Współczesne wytyczne terapii nadciśnienia tętniczego zalecają rozpoczynanie terapii hipotensyjnej lekiem z jednej z grup terapeutycznych: diuretykiem, beta-adrenolitykiem, antagonistą wapnia, inhibitorem enzymu konwertującego angiotensynę (ACE) lub antagonistą receptora dla angiotensyny (sartanem). Wyniki badań klinicznych pozwalają porównać stopień tolerancji poszczególnych klas preparatów. W bezpośrednim porównaniu najmniej przypadków przerywania terapii dotyczy sartanów, dla których liczba działań niepożądanych jest bliska placebo. Badania wskazują też na możliwe różnice w obrębie klasy, na przykład częstość występowania obrzęków obwodowych w przypadku stosowania różnych antagonistów wapnia z grupy dihydropirydyny. Należy jednak pamiętać, że badania kliniczne zwykle porównują tylko dwa różne leki lub schematy terapii. W praktyce klinicznej uzyskanie kontroli ciśnienia tętniczego wymaga politerapii (dwo-, trzylekowej) u 80 proc. chorych z nadciśnieniem tętniczym. Dane z rejestrów farmaceutycznych wykazują znacznie mniejsze znaczenie wyboru leku hipotensyjnego. Podobny stopień przestrzegania zaleceń dotyczy także innych preparatów przyjmowanych równocześnie przez pacjenta, takich jak statyny lub aspiryna. Dostępne wyniki badań nie wskazują na różnicę w przestrzeganiu zaleceń podczas stosowania leków oryginalnych i generycznych.

Schemat farmakoterapii. Dane z badań obserwacyjnych potwierdzają, że znaczna liczba tabletek przyjmowanych dziennie przez chorego wiąże się z ryzykiem niestosowania się do zaleceń terapeutycznych. Zastąpienie dwóch preparatów hipotensyjnych podawanych oddzielnie preparatem złożonym znacząco poprawia stopień współpracy i kontroli ciśnienia tętniczego. Przykładowo: zastąpienie dwóch leków przyjmowanych uprzednio przez rok w oddzielnych tabletkach gotowym połączeniem znacząco zwiększa stopień współpracy w kolejnych 12 miesiącach. Przedstawione dane (rys. 1)

obejmują grupę 896 pacjentów z nadciśnieniem, u których monitorowano czas posiadania leku (*medication possession ratio*, MPR) w trakcie 12 miesięcy przed zmianą i po niej. Średni odsetek czasu posiadania leku zwiększył się z 42 do 69 proc. ($p = 0,001$) i co warto podkreślić - bez względu na liczbę równocześnie przyjmowanych innych leków hipotensyjnych.



Rysunek 1. Wpływ zamiany leków przyjmowanych w pojedynczych tabletkach (■) na gotowe połączenie (■) na stopień współpracy wyrażony odsetkiem realizowanych recept. Analiza w odniesieniu do liczby innych przyjmowanych leków hipotensyjnych (na podstawie: Wang i wsp., Hypertension 2014; 63: 958)

Opieka medyczna. W naukach behawioralnych znane jest pojęcie efektu Hawthorne, które opisuje zmianę zachowania badanego w wyniku samego faktu obserwacji. Zjawisko to okazuje się szczególnie przydatne dla poprawy wyników terapii chorób przewlekłych, w tym nadciśnienia tętniczego. Wykazano, że zwiększenie częstości wizyt poprawia kontrolę ciśnienia bez zmiany schematu farmakoterapii. Stopień przestrzegania zaleceń można zwiększyć poprzez zaangażowanie pielęgniarek oraz farmaceutów aptecznych. Mogą oni dostarczyć choremu rzetelnych informacji dotyczących choroby, przypominać o terminach wizyt oraz zwracać uwagę na ryzyko interakcji lekowych lub działań niepożądanych.

Aktywny udział pacjenta. Edukacja chorego, a zwłaszcza przedstawienie mu korzyści z leczenia nadciśnienia tętniczego, poprawia efekty terapii, prawdopodobnie głównie poprzez wzrost przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Działalność ta nie musi być prowadzona przez lekarza, w tej roli znakomicie się sprawdzają pielęgniarki. Ważne jest, by pacjent miał dostęp do materiałów informujących oraz ułatwiających prowadzenie terapii (dzienniczek kontroli ciśnienia, dyspensery leków). Korzyści przynosi prowadzenie tzw. domowych pomiarów ciśnienia tętniczego (*home blood pressure monitoring*, HBPM). W takim przypadku należy zadbać o odpowiednią technikę i dokładność pomiarów, udzielając pacjentowi szczegółowych wskazówek. Chory powinien mierzyć ciśnienie tętnicze co najmniej przez siedem dni, w równych odstępach dwukrotnie w ciągu doby, dokonując minimum dwóch kolejnych pomiarów. Do wyliczenia średniej wartości używa się wszystkich wyników z wyłączeniem zapisów z pierwszej doby prowadzenia dzienniczka.

HBPM pozwala na ograniczenie reakcji białego fartucha, poprawia stopień kontroli ciśnienia tętniczego oraz zmniejsza inercję terapeutyczną lekarza. Należy rozważyć celowość HBPM u chorych z podwyższonym poziomem lęku. Wartości pomiarów domowych nie powinny służyć do doraźnego modyfikowania terapii przez samego pacjenta.

Metody zwiększające stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Metody poprawy stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjenta

Systematyczna ocena objawów wskazujących na niedostateczny stopień współpracy
Uproszczenie schematu terapii (podawanie leków raz na dobę)
Zmniejszenie liczby przyjmowanych tabletek na dobę (gotowe połączenia)
Zwiększenie częstości wizyt
Zalecenia w czytelnej formie pisemnej
Zaangażowanie rodziny
Pomoc pielęgniarki (telefony przypominające o wizytach)
Edukacja dotycząca sposobów terapii hipotensyjnej i korzyści z jej stosowania
Prowadzenie pomiarów domowych (HBPM)
Leczenie współistniejących zaburzeń (depresji, stanów lękowych)

Podsumowanie

Lekarz zajmujący się pacjentem z nadciśnieniem tętniczym może łatwo rozpoznać chorych przestrzegających zaleceń, nie zna natomiast metod na wykrycie braku współpracy. W przypadku każdego pacjenta bez skutecznej kontroli ciśnienia tętniczego należy ocenić ryzyko braku współpracy i wdrożyć metody poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Wskazówki dla lekarza praktyka

- ♦ Oceń każdego chorego bez skutecznej kontroli ciśnienia pod kątem stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich:
 - Czy pomija terminy wizyt,
 - Czy wykonuje zalecane badania,
 - Czy zmienił styl życia (redukcja masy ciała, rzucenie palenia),
 - Czy pamięta nazwy leków,
 - Czy pamięta pory przyjmowania leków,
 - Czy widzisz inne efekty terapii (spadek częstości tętna po beta-adrenolityku, zmiany stężenia potasu u chorych przyjmujących diuretyki, inhibitory ACE/sartany, spadek stężenia cholesterolu w wyniku przyjmowania statyn).
- ♦ Zaleć prowadzenie pomiarów domowych (HBPM) i prowadzenie dzienniczka ciśnienia tętniczego.
- ♦ Przygotuj czytelne instrukcje i materiały informacyjne.
- ♦ Staraj się zmniejszyć liczbę tabletek i uprościć schemat podawania leków.
- ♦ Uwzględnij aktywność chorego w schemacie dawkowania leków.
- ♦ Zwróć uwagę na zaburzenia nastroju.
- ♦ Zapytaj o działania niepożądane, które pacjent może wiązać z lekiem.
- ♦ Zapewnij chorego o bezpieczeństwie terapii.
- ♦ Zapytaj, czy cena leku nie jest za wysoka.
- ♦ Zaproponuj choremu stosowanie dozowników na leki.
- ♦ Poproś o pomoc rodzinę i/lub pielęgniarkę społeczną.
- ♦ W przypadku braku sukcesu terapeutycznego i podejrzenia nadciśnienia opornego skieruj pacjenta do ośrodka referencyjnego.

Pytania kontrolne

1. Do czynników, które zwiększają ryzyko nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjenta, należą:
 - A. Palenie tytoniu
 - B. Starszy wiek
 - C. Niewysokie dochody
 - D. Płeć żeńska
 - E. Wykształcenie wyższe

Prawdziwe są twierdzenia:

- a. A, C | b. A, C, E | c. B, D | d. wszystkie | e. tylko E

2. Które metody niekorzystnie wpływają na stopień współpracy chorego w terapii hipotensyjnej?
- A. Zamiana dotychczas stosowanych leków na preparat złożony
 - B. Zmniejszenie częstości wizyt w gabinecie lekarskim
 - C. Zamiana preparatu oryginalnego na generyczny
 - D. Edukacja pacjenta uwzględniająca działania niepożądane leków
 - E. Zaangażowanie personelu średniego

Warto przeczytać

1. Burnier M., Wuerzner G., Struijker-Boudier H., Urquhart J.: Measuring, analyzing, and managing drug adherence in resistant hypertension. *Hypertension*, 2013; 62: 218-225.
2. Corrao G., Soranna D., La Vecchia C., et al.: Medication persistence and the use of generic and brand-name blood pressure-lowering agents. *J. Hypertens.*, 2014; 32: 1146-1153.
3. Mathers C., Stevens G., Mascarenhas M.: Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, Geneva 2009 www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html (1.04.2015).
4. Tomaszewski M., White C., Patel P., et al.: High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography-tandem mass spectrometry (HPLC-MS/MS) urine analysis. *Heart.*, 2014; 100: 855-861.
5. Wang T.D., Chen Y.H., Huang C.H., et al.: Bidirectional adherence changes and associated factors in patients switched from free combinations to equivalent single-pill combinations of antihypertensive drugs. *Hypertension*, 2014; 63: 958-967.

Prawidłowe odpowiedzi na pytania kontrolne: 1. a, 2. B

2. Pneumonologia

dr n. med. Izabela Kupryś-Lipińska, prof. dr hab. n. med. Piotr Kuna
*Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, II Katedra Chorób Wewnętrznych,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Wprowadzenie

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia na świecie na astmę choruje ponad 300 mln osób, a liczba ta stale rośnie i w roku 2025 ma osiągnąć 400 mln. Szacunkowe dane z ogólnopolskiego badania epidemiologicznego ECAP mówią o 4 mln chorych w Polsce. Astma jest najczęstszą chorobą przewlekłą dzieci i młodych dorosłych. Leczona prawidłowo przebiega zwykle łagodnie i ma minimalny wpływ na życie chorego i jego rodziny, nieleczone lub nieprawidłowo leczona może prowadzić do nieodwracalnych zmian w układzie oddechowym, złej jakości życia chorych, częstych zaostrzeń, inwalidztwa, a nawet zgonu.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych osób dorosłych i jedną z głównych przyczyn chorobowości i śmiertelności na świecie. Zwykle pojawia się po 40. roku życia, a jej współczynnik chorobowości rośnie wraz z wiekiem. W Polsce POChP jest drugą najbardziej rozpowszechnioną wśród dorosłych chorobą przewlekłą. Choruje na nią co dziesiąty Polak po 30. roku życia, a całkowitą liczbę chorych na POChP szacuje się na ponad 2 mln osób, z tego u około 400 tys. występuje postać umiarkowana lub ciężka.

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych – skala zjawiska w grupach chorych na astmę i POChP

Dostępna obecnie farmakoterapia pozwala na uzyskanie u większości chorych pełnej kontroli objawów astmy i istotnego złagodzenia objawów POChP oraz zmniejszenia ryzyka zaostrzeń w obu chorobach. Postępowanie farmakologiczne powinno być wsparte niefarmakologicznymi metodami, do których należą m.in. walka z nałogiem palenia, poprawa wydolności fizycznej i prewencja infekcji. Niestety w warunkach codziennego życia zbyt rzadko udaje się osiągnąć tak rozumianą kontrolę obu chorób. Jedną z głównych przyczyn jest niski stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych w tych jednostkach chorobowych.

Pacjenci zwykle preferują formy tabletkowe leków w porównaniu z inhalatorami (Weinberg 2000) jako mniej kłopotliwe w użyciu. Preferencja natomiast wpływa na poziom stosowania się do zaleceń terapeutycznych. Jest to zapewne jeden z powodów, dla których pacjenci chorujący na astmę i POChP, gdzie podstawą jest aerozoloterapia, wykazują niską zgodność stosowania się do zaleceń terapeutycznych, niższą niż w przypadku chorób naczyniowo-sercowych, hipercholesterolemii, osteoporozy, depresji, a nawet cukrzycy (Rolnick 2013).

W warunkach codziennej praktyki klinicznej w badaniach przekrojowych stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych u chorych na astmę i POChP nie przekracza zwykle 50 proc., a błędy techniczne podczas inhalacji w zależności od typu inhalatora wypełnia nawet 80 proc. chorych. Dodatkowo podczas oceny zgodności stosowania się przez chorych do zaleceń terapeutycznych należy pamiętać, że prawdziwy wynik jest istotnie niższy niż raportowany przez pacjentów, a błędna technika inhalacji powinna być traktowana jako forma nieprzestrzegania zaleceń.

W badaniu z krótkoterminową obserwacją przeprowadzonym w grupie chorych na umiarkowaną i ciężką astmę w okresie 5 tygodni od włączenia do obserwacji zgodność stosowanych dawek z zaleceniami wynosiła 63 proc., a tylko 54 proc. badanych stosowało co najmniej 70 proc. zalecanych dawek wziewnych glikokortykosteroidów (Apter 1998). Największy spadek w stosunku do zalecanego schematu dawkowania leku obserwowano między 1. a 2. tygodniem terapii.

Nawet chorzy hospitalizowani z powodu zaostrzeń przestają stosować leki zgodnie z zaleceniami wkrótce po wypisaniu ze szpitala. W jednym z badań zaledwie po tygodniu od leczenia szpitalnego tylko 50 proc. chorych na astmę stosowało wziewne i doustne glikokortykosteroidy zgodnie z zaleceniami terapeutycznymi (Krishnan 2004). Podobne obserwacje przeprowadzono w grupie chorych na POChP - 30 dni po hospitalizacji zalecenia terapeutyczne ściśle wypełniało jedynie 67 proc. badanych (Wiśniewski 2014).

W opiece nad pacjentami z chorobami przewlekłymi takimi jak astma i POChP kluczowa jest długoterminowa kontrola choroby. Tymczasem gdy analizowano zgłaszalność do lekarza w okresie 3 lat od pierwszego rozpoznania astmy, to aż 50 proc. dorosłych chorych na astmę nie kontynuowało leczenia ambulatoryjnego już po roku,

a tylko 25 proc. pacjentów utrzymywało leczenie przez kolejne 3 lata (Kang 2013). W innym badaniu (Breekveldt-Postma 2008), w którym analizowano utrzymanie farmakoterapii (*persistence*) przez chorych mających po raz pierwszy zalecane stosowanie wziewnych glikokortykosteroidów (wGKS) w monoterapii lub w połączeniu z długo działającym β 2-agonistą (LABA), po roku zaledwie 10-15 proc. stosowało zalecane leki, częściej pacjenci na leczeniu skojarzonym.

Podobne obserwacje dotyczą chorych na POChP. Pacjenci, u których po raz pierwszy włączano długo działający cholinolityk (LAMA) lub długo działającego β 2-agonistę (LABA), po roku zrealizowali tylko 29-40 proc. recept, a po dwóch latach - od 24 do 33 proc.; więcej osoby stosujące LAMA. Wytrwałość w terapii wynosiła po roku 9-15 proc., a po 2 latach 7-19 proc. i była wyższa dla LAMA (Wurst 2014).

Kolejnym istotnym czynnikiem wpływającym na efektywność farmakoterapii u chorych na astmę i POChP jest właściwa technika inhalacji leków stosowanych w aerozolach. Aerozoloterapia jest podstawą leczenia obu tych chorób. Niestety skuteczność kliniczną leków podawanych wziewnie ograniczają błędy techniczne popełniane przez pacjentów w czasie inhalacji. W przypadku tzw. błędów krytycznych lek w ogóle nie dociera do oskrzeli, więc zła technika inhalacji może prowadzić do całkowitego braku efektywności leczenia nawet przy skrupulatnym wypełnianiu przez pacjentów zaleceń co do dawkowania i czasu przyjmowania leków. Co więcej, właściwe instruowanie pacjentów chorych na astmę i POChP, jak inhalować leki, koreluje nie tylko z lepszą kontrolą choroby i mniejszym ryzykiem zaostżeń, ale i z lepszym przestrzeganiem zaleceń terapii (Takemura 2010, Takemura 2011).



Rys. 1. Skuteczność kliniczna aerozoloterapii w astmie i POChP

Skala zjawiska nieprawidłowej inhalacji leków jest znaczna. W zależności od badanej grupy i rodzaju inhalatorów nawet 90 proc. pacjentów popełnia błędy w trakcie inhalowania leku. Część błędów wynika z budowy i mechanizmów działania poszczególnych typów inhalatorów i te nazywamy zależnymi od inhalatora, ale sporo błędów jest niezależna od inhalatora, a wynika z samej metody podawania leku.

Najpopularniejsze są inhalatory ciśnieniowe typu MDI, ale też korzystając z tych systemów, pacjenci najczęściej popełniają błędy. W badaniu w dużej, ponad 3-tysięcznej grupie chorych 71 proc. nie potrafiło poprawnie przyjąć leku z inhalatora typu MDI, z czego prawie połowa przypadków była spowodowana słabą koordynacją wdechu z uwolnioną dawką leku (Giraud 2002). W innym badaniu 32-96 proc. pacjentów popełniało błędy podczas korzystania z MDI, z czego 28-68 proc. na tyle istotne, że korzyść ze stosowania leków była wątpliwa.

Za łatwiejsze w stosowaniu dla niektórych pacjentów ze względu na brak konieczności koordynacji wdechu z aktywacją inhalatora są inhalatory proszkowe (Welch 2004). Systematyczny przegląd badań dotyczących ich stosowania pokazuje, że od 4 do 94 proc. pacjentów, w zależności od typu inhalatora i metody oceny, nieprawidłowo używa tych inhalatorów. Najczęściej popełnianymi błędami niezależnymi od typu inhalatora były brak wydechu przed inhalacją leku i niewstrzymanie oddechu po inhalacji, natomiast związanymi z typem inhalatora: nieprawidłowe ułożenie inhalatora i nieprawidłowa kolejność manewrów.

Tabela 1. Przykładowe błędy aerozoloterapii

PRZYKŁADOWE BŁĘDY INHALACJI Z RÓŻNYCH SYSTEMÓW DOZUJĄCYCH		
Typ inhalatora	Rodzaj błędu	
Błędy niezależne od inhalatora	Nie dotyczy	Brak wydechu przed inhalacją Brak wstrzymania wdechu po inhalacji
	Inhalatory ciśnieniowe	Nie zdejmowanie wieczka ochronnego z ustnika przed inhalacją Nieumieszczanie ustnika między wargami Niewykonywanie głębokiego i powolnego wdechu przez usta i jednocześnie po rozpoczęciu wdechu nienaciskanie górnej części inhalatora w celu uwolnienia jednego rozpylenia leku
Błędy zależne od typu inhalatora	Inhalatory proszkowe (wszystkie)	Wydech do inhalatora przed inhalacją Nieinhalowanie przez ustnik Brak natężonego i głębokiego wdechu
	Cyklohaler (aerolizer, handihaler)	Niewłożenie kapsułki do inhalatora Nieściśnięcie przycisków i uwolnienie dawki leku
	Dysk	Niezaładowanie dawki przez przesunięcie dźwigni
	Turbuhaler	Trzymanie inhalatora w innej pozycji niż pionowo ustnikiem do góry przy ładowaniu dawki Brak załadowania dawki przez rotację denka Brak kliknięcia po rotacji

Poza leczeniem farmakologicznym istotne jest wypełnianie przez chorych na astmę i POChP zaleceń dotyczących stylu życia, takich jak: normalizacja masy ciała, większa aktywność ruchowa, trzymanie zwierząt w domu przez alergików, unikanie narażenia na wziewne czynniki drażniące, a przede wszystkim zaprzestanie palenia tytoniu.

Odsetek aktualnie palących wśród astmatyków w różnych populacjach wynosi 17-35 proc. (Thomson 2004). Dane z dużych polskich badań mówią o mniej więcej 20 proc. aktualnie palących astmatyków (badanie CASPER). Odsetek czynnych palaczy wśród chorych na POChP jest jeszcze wyższy niż w astmie i wynosi powyżej 30 proc. (Viejo-Bañuelos 2006, Allen-Ramey 2012), a w polskich badaniach od 32 do 62 proc. (Zieliński 2005, Mejza 2009, Kupryś-Lipińska 2014).

Większość lekarzy deklaruje, że prowadzi wśród palących chorych edukację antynikotynową (Menezes 2015, Kupryś-Lipińska 2014). Jednak należy pamiętać, że nawet pacjent mający stosowną wiedzę nie zmienia automatycznie swoich zachowań, dlatego poza przekazywaniem potrzebnych informacji należy wzmacniać wewnętrzną motywację (Eklund 2012).

Tabela 2. Klasyfikacja przyczyn nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

PRZYCZYNY NIEPRZESTRZEGANIA ZALECEŃ	
Intencjonalne	Nieintencjonalne
◊ Kłopoty z obsługą inhalatora*	◊ Zapominanie
◊ Skomplikowany schemat leczenia: częste dawkowanie lub wiele leków*	◊ Niezrozumienie lub brak instrukcji
◊ Objawy niepożądane*	◊ Brak czasu
◊ Obawa przed działaniami niepożądanymi (steroidofobia)*	◊ Niedostępność leku*
◊ Koszty leczenia*	
◊ Ustąpienie objawów choroby lub znaczna poprawa	
◊ Nieskuteczność leczenia według chorego	
◊ Ukrywanie choroby	

*Zależne od leku.

Konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Udowodniono, że nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących stosowania leków, palenie tytoniu i zła technika inhalacji są istotną przyczyną złej kontroli astmy (Molimard 2008). Niestosowanie zalecanej terapii, a w szczególności nieprzyjmowanie wziewnych glikokortykosteroidów skutkuje nasileniem objawów astmy, koniecznością korzystania częściej z doraźnej pomocy (SOR), wzrostem zapotrzebowania na doustne glikokortykosteroidy oraz wzrostem częstości zaostrzeń (Stern 2006, Navaratnam 2010). Oszacowano, że każde wydłużenie o 25 proc. czasu niestosowania wGKS dwukrotnie zwiększa w astmie ryzyko hospitalizacji, a niski stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest przyczyną aż 61 proc. zgonów (Chrystyn 2009). Zależność zgonów od zaprzestania stosowania wGKS potwierdzono również w innym badaniu

obserwacyjnym. Wyliczono również, że zwiększenie zużycia wziewnych glikokortykosteroidów o 1 opakowanie rocznie zmniejsza częstość zgonów o 21 proc.

Drugim istotnym problemem terapeutycznym o poważnych konsekwencjach zdrowotnych u chorych na astmę jest nadużywanie leków objawowych - β 2-agonistów. Analiza wzrostu zgonów w latach 60. i 80. m.in. w Nowej Zelandii wykazała, że regularne i długotrwałe stosowanie wysokich dawek krótko działających β 2-agonistów zwiększa ryzyko zgonu chorego na astmę. Do podobnych wniosków prowadzą wyniki badania SMART z salmeterolem (Nelson 2006), w którym wykazano, że stosowanie tego długo działającego β 2-agonisty w monoterapii (bez wGKS) może się wiązać ze wzrostem ryzyka zgonu.

W przypadku chorych na POChP skutki nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych są również istotne i prowadzą do pogorszenia jakości życia chorych (Takamura 2011), wzrostu częstości zaostrzeń i hospitalizacji (Wiśniewski 2014). Obserwacje z 3-letniego badania klinicznego TORCH (Vestibo 2009) dowodzą, że u pacjentów chorych na POChP (w postaci od umiarkowanej do bardzo ciężkiej) niestosujących leków zgodnie z zaleceniami terapeutycznymi (przyjmujących poniżej 80 proc. zalecanych dawek leków, w tym wypadku leku skojarzonego wGKS z LABA) występuje ponaddwukrotnie wyższe ryzyko zgonu i prawie dwukrotnie wyższe ryzyko hospitalizacji niż u osób stosujących się do zaleceń.

Dodatkowo błędy w inhalowaniu leków, w szczególności krytyczne, będące formą niewypełniania zaleceń, są istotną przyczyną braku efektywności klinicznej terapii i wzrostu częstości występowania objawów niepożądanych. Wykazano silny związek złej techniki inhalacji z niestabilnością przebiegu astmy (Giraud 2002, Molimard 2003) z nasileniem objawów obu chorób, ze wzrostem zapotrzebowania na doustne glikokortykosteroidy oraz wzrostem częstości zaostrzeń i doraźnej pomocy (Melani 2011).

Poważne skutki dla chorych na astmę i POChP ma też palenie tytoniu. Ekspozycja na dym tytoniowy u chorych na astmę może prowokować skurcz oskrzeli i objawy kliniczne (Higenbottam 1999). Ponadto chorzy na astmę regularnie palący papierosy mają cięższy przebieg choroby (Althuis 1999) i szybszy spadek FEV1 w czasie (Lange 1998). Wykazano również, że ta grupa chorych gorzej odpowiada na wGKS (Pedersen 1996, Lazarus 2007), a to zwiększa ryzyko zaostrzeń choroby i wymusza stosowanie wyższych dawek leków, z czym się wiążą częstsze objawy niepożądane leczenia.

Narażenie na tytoń jest głównym czynnikiem rozwoju POChP i jej progresji. Nie ma efektywniejszej terapii w POChP niż zaprzestanie palenia tytoniu, tymczasem tylko część chorych po postawieniu rozpoznania zrywa z nałogiem (Kupryś-Lipińska 2014, Britt-Marie Eklund 2012). Palenie przez chorych na POChP wiąże się z większym ryzykiem zaostrzeń i szybszym upośledzeniem funkcji płuc (Kupryś-Lipińska 2014, Zhang 2014), a to prowadzi do inwalidztwa i przedwczesnego zgonu. Ponadto chorzy na POChP palący tytoń mają wyższe ryzyko rozwoju chorób nowotworowych niż ekspalacze (Gold 2015).

Specyficzne powody nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w danej jednostce chorobowej

Stosowanie się do zaleceń lekarskich podlega wpływowi wielu czynników zależnych i niezależnych od chorego. Wśród nich wymienia się:

1. czynniki demograficzne, m.in. wiek, płeć, wykształcenie,
2. ciężkość choroby i choroby współwystępujące,
3. efektywność terapii, tolerancję i bezpieczeństwo,
4. drogę podawania leku, wygodę stosowania i stopień komplikacji schematu leczenia,
5. oczekiwania, preferencje i przekonania chorego dotyczące prowadzonego leczenia,
6. czynniki społeczne, kulturowe i religijne,
7. sytuację społeczno-ekonomiczną chorego,
8. jakość komunikacji między lekarzem i pacjentem.

Pacjenci podają różne powody niestosowania się do zaleceń, przy czym mogą one nie zależeć od ich woli (nieintencjonalne) lub być świadomą decyzją o zmianie leczenia (intencjonalne). Pierwsze zjawisko jest obserwowane u 20-50 proc. chorych na astmę i POChP, drugie – u ok. 15 proc. pacjentów. Do zmiany dawkowania leków lub zaprzestania terapii może dochodzić z kilku równoległych powodów (Sanduzzi 2014). Najczęściej podawanymi przyczynami są zapomnianie, objawy niepożądane lub obawy przed działaniami niepożądanymi stosowanych leków, w szczególności steroidofobia, ustąpienie lub złagodzenie objawów choroby po wstępnym leczeniu lub też brak widocznych efektów leczenia oraz skomplikowany schemat leczenia, w tym zbyt wiele stosowanych według chorych leków (Apter i wsp. 1999, Gapp 2007, Laforest 2010).

Specyficznym problemem w terapii astmy jest to, że wziewne glikokortykosteroidy, które są podstawowymi lekami kontrolującymi tę chorobę, nie dają natychmiastowego odczucia poprawy u chorego, a efekty ich działania nie są bezpośrednio powiązane z manewrem inhalacji. Zauważalne efekty działania wGKS pod postacią zmniejszenia nasilenia objawów pojawiają się po kilku-kilkunastu dniach, poprawa funkcji płuc jeszcze później, a najdłużej trzeba czekać na zmniejszenie nadreaktywności – kilka miesięcy, a nawet lat (Lundback 2007). Stąd chorzy, którzy nie otrzymują właściwej edukacji, sądzą, że te leki u nich nie działają, i zaprzestają ich stosowania. Do tego wciąż istnieje steroidofobia, a strach przed objawami niepożądanymi, w szczególności obawa rodziców przed wpływem tych leków na wzrost i dojrzewanie ich dzieci, jest częstym powodem przerywania leczenia. Lekami natomiast chętnie stosowanymi i nadużywanymi przez chorych na astmę są bronchodilatatory o szybkim początku działania, których efekt kliniczny pojawia się kilka minut po ich inhalacji. Ich wzrost zużycia świadczy o utracie kontroli nad chorobą i poprzedza zaostrzenie, a stosowane w monoterapii są niebezpieczne. Sposobem na poprawę kontroli astmy,

przestrzegania schematu stosowania wGKS i bezpieczeństwa stosowania LABA są leki złożone zawierające wGKS i LABA w jednym inhalatorze. Dodanie LABA do wGKS zwiększa u chorego percepcję przyjmowanego leku i wymusza stosowanie z LABA wGKS.

Kolejnym problemem specyficznym dla chorych na astmę i POChP są kłopoty z prawidłową inhalacją leków. Błędy w technice inhalacji zmniejszają skuteczność terapii, zwiększają ryzyko działań niepożądanych i zmniejszają satysfakcję pacjentów ze stosowanego leczenia, co bezpośrednio przekłada się na niski stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Błędy w znacznym stopniu wynikają z niedostatecznej edukacji chorych w tym zakresie. Fink (2005) twierdzi, że sukces w terapii przewlekłych chorób dróg oddechowych w 90 proc. zależy właśnie od edukacji, a tylko w 10 proc. od leku. Nawet jeśli te liczby są przesadzone, to aż 25 proc. pacjentów nigdy nie otrzymało nawet słownej instrukcji, jak stosować przepisany im inhalator, u znacznego odsetka pozostałych pacjentów jakość szkoleń i ich czas trwania były nieadekwatne do potrzeb, a prawidłowa technika nie była utrwalana na kolejnych wizytach (Lavorini 2008). Wielokrotnie powtarzane szkolenia z techniki inhalacji nie tylko eliminują błędy, ale też poprawiają przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i jej kliniczną efektywność (Takamura 2010, Takamura 2011). Warto też dodać, że jeśli pacjent stosuje więcej niż jeden typ urządzenia do inhalacji, ryzyko popełnienia błędu zwiększa się ponaddwukrotnie (OR 2,2, 95 proc. CI: 1,1-5,0) (Rootmensen 2010).

Sanduzzi (2014) wyróżnił wśród chorych na POChP 6 fenotypów chorych niestosujących się do zaleceń terapeutycznych:

1. pacjentów, którzy uważają leczenie za zbyt skomplikowane,
2. pacjentów z błędnymi przekonaniami dotyczącymi leczenia,
3. pacjentów, którzy nie są świadomi znaczenia regularnego stosowania leków,
4. pacjentów, którzy wątpią w skuteczność swoich leków,
5. pacjentów, którzy są mało dokładni,
6. pacjentów, którzy uważają, że wysiłki niezbędne do wypełniania zaleceń, przewyższają korzyści wynikające z samej terapii.

Ten sam podział można zastosować u chorych na astmę oskrzelową. Identyfikacja przyczyn nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest kluczowym elementem skutecznej interwencji zmierzającej do poprawy efektywności terapii. Podobnie jak aktywna identyfikacja chorych o niskim stopniu stosowania się do zaleceń.

Interwencje poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w astmie i POChP

Jako że sam proces stosowania się do zaleceń przez pacjentów jest złożony i podlega wpływowi wielu czynników, wydaje się, że interwencje powinny się opierać na kompleksowym

rozwiązywaniu związanych z tym problemów. Metaanaliza badań w astmie i POChP, w których stosowano programy zmierzające do poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych, wykazała, że selektywne interwencje oparte na edukacji, nawet jeśli włączano w nie indywidualny plan leczenia, mogą być nieskuteczne mimo znacznych wysiłków i nakładów (Haynes 2008). Wydaje się, że właściwym sposobem jest raczej indywidualne podejście do problemów i oczekiwań chorego niż schematyczne postępowanie z uwzględnieniem koniecznych elementów edukacji i maksymalnego uproszczenia terapii.

Zalecane metody poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w astmie i POChP:

1. Edukacja

W chorobach przewlekłych efekt terapii w znacznym stopniu zależy od postawy samego chorego, który sam na co dzień zmaga się ze swoją chorobą, a na wizyty do lekarza zgłasza się okresowo. Aby jednak pacjent mógł sobie z tym wyzwaniem poradzić, musi otrzymać niezbędne informacje o swojej chorobie, lekach i metodach nefarmakologicznych oraz czynnikach ryzyka i postępowaniu w zaostrzeniach.

Należy jednak pamiętać, że sama wiedza pacjenta, choć jest niezbędnym elementem skutecznej i bezpiecznej terapii, w niewielkim tylko stopniu wpływa na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, jeśli nie jest wsparta innymi metodami (Ho 2003);

2. Plan leczenia

Pacjent powinien otrzymać informacje o planowanym leczeniu, jego efektywności i ryzyku oraz je zaakceptować. Chorzy rzadko zapamiętują więcej niż 50 proc. zasłyszanych informacji dłużej niż 5 min po zakończeniu wizyty (Pedersen 1992). Poprawę w zapamiętywaniu zaleceń wykazano, gdy przekaz ustny uzupełniano zaleceniami pisemnymi. Tymczasem w jednym z badań sondażowych zalecenia pisemne otrzymało tylko 3 proc. chorujących na astmę, w tym tylko 18 proc. pacjentów z umiarkowaną i ciężką postacią astmy (Price 2000), gdzie leczenie jest bardziej złożone, a ryzyko nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych ma poważne konsekwencje zdrowotne.

Znacznie szerszym zagadnieniem jest indywidualny plan terapii, który pozwala chorym na samodzielne wprowadzanie zmian w terapii, jeśli tego wymaga ich stan kliniczny. Dzięki takiemu postępowaniu można zoptymalizować leczenie. Udowodniono, że stosowanie indywidualnego planu leczenia u chorych na astmę zmniejsza liczbę nocnych przebudzeń spowodowanych astmą, absencję chorobową w pracy, liczbę dodatkowych nieplanowanych wizyt u lekarza i przyjęć w oddziale doraźnej pomocy, oraz o 1/3-2/3 liczbę hospitalizacji. Oszacowano, że stosowanie planu leczenia przez 8 pacjentów chorych na astmę zapobiega jednej wizycie w oddziale doraźnej pomocy, a przez 20 pacjentów - zapobiega jednej hospitalizacji (GINA). Jego wprowadzenie wymaga jednak stosownej edukacji i dobrej współpracy z pacjentem;

3. Motywacja

Efektywność prowadzonej terapii w znacznym stopniu zależy od motywacji pacjenta do jej stosowania. Choroba może mieć różne znaczenie w życiu pacjenta - może być traktowana jako przeszkoda w realizacji zadań, planów i marzeń, strata pozycji i możliwości, ulga usprawiedliwiająca niepowodzenia i wymuszająca potrzebę opieki lub korzyść, zarówno psychiczna (zaspokojenie potrzeby troski ze strony otoczenia), jak i materialna (odszkodowanie, świadczenia rentowe). Ulga i korzyść negatywnie wpływają na motywację do leczenia, strata natomiast wiąże się zwykle ze stanami depresyjnymi i również może prowadzić do zaniechania leczenia. Najbardziej motywujące dla chorego jest postrzeganie choroby jako przeszkody, a lekarza jako sojusznika w walce z nią. Dobra motywacja sprzyja systematycznemu leczeniu, stąd budowanie właściwej motywacji jest koniecznym warunkiem sukcesu terapeutycznego (Borrelli 2007);

4. Proste i wygodne leczenie

Samo leczenie nie może być bardziej uciążliwe od choroby, bo pacjent nie będzie go stosował, stąd dążenie do upraszczania schematów i metod leczenia:

♦ Redukcja częstości dawkowania leku

W wielu badaniach potwierdzono lepsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w przypadku długo działających leków, które rzadziej muszą być stosowane w ciągu doby. W badaniach prowadzonych w grupie dzieci chorych na astmę (Coutts 1992) rzeczywista realizacja schematu dawkowania przy leku stosowanym 2 razy dziennie była prawie 4-krotnie lepsza niż przy dawkowaniu 4 razy dziennie (liczba dni, w których lek był przyjmowany zgodnie z zaleceniami: 71 proc. vs. 18 proc. dni). W innym badaniu (Guest 2005) redukcja dawkowania z 2 razy dziennie do 1 dziennie również wywarła korzystny, choć nie tak spektakularny wpływ na jego przyjmowanie zgodnie z zaleceniami (zmiana odsetka chorych na astmę z wysokim stopniem przestrzegania zaleceń terapeutycznych z 63 na 70 proc.). Podobne wyniki uzyskano w grupie chorych na POChP (Toy 2011), gdzie zmniejszenie dawkowania leku z 4 razy na dobę do 1 na dobę zwiększyło odsetek chorych stosujących się do zaleceń prawie dwukrotnie (z 23 do 43 proc.);

♦ Redukcja liczby leków przez stosowanie preparatów złożonych

Istotne znaczenie ma liczba stosowanych leków. Odsetek chorych stosujących się do zaleceń spada wraz z liczbą dodatkowych leków - przykładowo w badaniu Agh (2011) odsetek chorych niestosujących się do zaleceń rósł wraz z liczbą leków: w grupie osób stosującej 1 lek było ich 7 proc., 2 leki - 38 proc., a 3 i więcej - 55 proc. W badaniu RESPONSE (Ståhl 2002) ponad 60 proc. chorych deklarowało, że chciałoby stosować mniej leków, a w hierarchii ważności atrybutów terapii według pacjentów chorych na astmę stosowanie jak najmniejszej liczby inhalatorów zajmuje pierwszą pozycję (Haug-hney 2007). Marceau

(2006) udowodnił, że stosowanie leku złożonego zawierającego wGKS i LABA w jednym inhalatorze w miejsce dwóch osobnych inhalatorów zmniejsza o 17 proc. ryzyko zaprzestania terapii, co w konsekwencji zmniejsza o 17 proc. częstość umiarkowanych i ciężkich zaostrzeń astmy;

- ♦ **Indywidualny dobór systemu do inhalacji**

Leki w inhalacji ze względu na trudniejszą technikę ich przyjmowania w porównaniu z doustnymi tabletkami są mniej chętnie stosowane, ale tylko w przypadku astmy łagodnej na 2. stopniu leczenia alternatywą do wziewnych glikokortykosteroidów są doustne leki antyleukotrienowe, a teofilina nawet w POChP jest obecnie lekiem rzadko stosowanym w monoterapii.

Łatwość obsługi inhalatora, możliwości manualne chorego oraz znajomość techniki inhalacji mają istotny wpływ na stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych, dlatego typ inhalatora powinien być wybierany razem z pacjentem przy uwzględnieniu jego preferencji i dostępności leków w danym systemie;

- ♦ **Ujednolicenie stosowanych systemów do inhalacji u jednego chorego**

Różne systemy do inhalacji wymagają różnej techniki ich stosowania. Wypisując leki, należy się starać ujednolicić urządzenia do ich dozowania. Wykazano, że gdy pacjent stosuje więcej niż jeden typ urządzenia do inhalacji, ryzyko popełnienia istotnego błędu zwiększa się dwukrotnie (iloraz szans 2,2, 95 proc. CI: 1,1-5,0), a to w konsekwencji przekłada się na efektywność kliniczną terapii. Jeśli istnieje konieczność stosowania różnych systemów do inhalacji, to należy wybierać inhalatory o zbliżonej technice obsługi – preferowane jest łączenie dwóch inhalatorów suchego proszku w stosunku do kombinacji inhalatora ciśnieniowego i suchego proszku;

- ♦ **Leczenie podtrzymujące i doraźne jednym inhalatorem u chorych na astmę**

Dalszym uproszczeniem terapii w astmie jest leczenie podtrzymujące i doraźne jednym inhalatorem zawierającym wziewny glikokortykosteroid (budezonid lub beklometazon) i formoterol - LABA - o szybkim początku działania. To unikalne połączenie zapewnia szybkie działanie bronchodilacyjne formoterolu i elastyczne, dopasowane do przebiegu astmy dawkowanie wGKS. W odpowiedzi na nasilające się duszności chory objawowo stosuje dodatkowe dawki leku, automatycznie intensyfikując leczenie przeciwzapalne na wczesnym etapie utraty kontroli astmy, co może zapobiec rozwojowi zaostrzenia. Jednocześnie gdy kryzys minie, zmniejsza się obciążenie wziewnymi glikokortykosteroidami, bo chory nie potrzebuje dodatkowych dawek tego leku. Co należy podkreślić, elastyczne dawkowanie zmniejsza liczbę zaostrzeń przy całościowym mniejszym obciążeniu wziewnymi i systemowymi glikokortykosteroidami, a to zmniejsza ryzyko objawów niepożądanych i wychodzi naprzeciw potrzebom chorych dotyczących mniejszej dawki nominalnej wGKS (Haughney 2007), jednego inhalatora w leczeniu podtrzymującym i doraźnym (badanie RESPONSE

- Ståhl 2002) i elastycznego dawkowania (INSPIRE - Partridge 2006). Być może właśnie spełnienie tych oczekiwań sprawia, że stosowanie takiego schematu leczenia poprawia przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w stosunku do klasycznego schematu leczenia (Patel 2013) i w ten sposób przyczynia się do redukcji zaostrzeń.

5. Systemy przypominające o konieczności zażycia leku

Pomoce pamięciowe, do których należą notatki przypominające zawieszane w kuchni, łazience, stawiane przy łóżku lub wyświetlane np. przez telefon lub dzienniczki, w szczególności elektroniczne, mogą być pomocne w wypełnianiu zaleceń. Przydatne są również dostępne w niektórych krajach elektroniczne rejestratory dawkowania zakładane na inhalatory, które wyświetlają liczbę dawek pozostających w inhalatorze i zapisują zużycie leku w określonym przedziale czasowym. Wykazano, że ich stosowanie wiąże się z poprawą przestrzegania zaleceń (Hall 2014). Poza samym przypominaniem o konieczności przyjęcia leku są dobrym narzędziem informacji dla chorych i lekarzy o stosowanej terapii i wyjściem do podjęcia działań zmierzających do poprawy zgodności zachowań chorego z zaleceniami terapeutycznymi (Chapman 1999).

6. Ciągłość interwencji

W końcu należy pamiętać, że z niestosowania się do zaleceń lekarskich nie można wyleczyć chorego, tak jak z astmy i POChP. Ten proces jest ciągły i wymaga też nieustannych działań, a efekty interwencji mogą być krótkotrwałe. Dlatego wysiłki muszą trwać tak długo, jak trwa leczenie, a metody muszą być dopasowane do indywidualnych potrzeb chorego.

Pytania kontrolne

1. U pacjenta z niekontrolowaną astmą w pierwszej kolejności należy:
 - A. Zwiększyć dawki wziewnego glikokortykosteroidu, aby zintensyfikować leczenie przeciwzapalne
 - B. Dodać drugi lek kontrolujący astmę, zanim zwiększy się dawkę wziewnego glikokortykosteroidu
 - C. Skontrolować technikę inhalacji
 - D. Sprawdzić stosowanie się chorego do zaleceń terapeutycznych dotyczących stosowanych dawek i schematu leczenia
 - E. Ocenić ekspozycję chorego na swoiste i nieswoiste czynniki prowokujące i współwystępowanie chorób wpływających na przebieg astmy oraz możliwości modyfikacji ekspozycji i kontroli chorób współwystępujących

Odpowiedź:

- 1) A 2) B 3) C i D 4) C, D i E 5) A, C, D i E

2. Aby zoptymalizować leczenie, podczas wyboru typu inhalatora należy się kierować:
- Dostępnością leków w danym systemie
 - Znajomością techniki inhalacji z danego systemu przez samego lekarza
 - Możliwościami i umiejętnościami chorego w obsłudze inhalatora
 - Dostępnością cenową preparatu dla chorego
 - Innowacyjnością produktu

Odpowiedź:

- 1) A, B i C 2) A, C i D 3) A, B, C i D 4) A, B, C i E 5) wszystkimi ww. kryteriami

3. Metodami, które korzystnie wpływają na stosowanie się chorego na astmę lub POChP do zaleceń lekarskich, są:
- Stosowanie leków złożonych w jednym inhalatorze
 - Stosowanie jednego typu inhalatora
 - Edukacja i szkolenia dotyczące prawidłowej techniki inhalacji
 - Zamiana leku na nowy
 - Redukcja częstości dawkowania w ciągu doby

Odpowiedź:

- 1) A, B i C 2) A, C i E 3) A, B, C i D 4) A, B, C i E 5) wszystkie ww. metody

Warto przeczytać

- Global Strategy for Asthma Management and Prevention (revised 2014). www.ginasthma.org.
- Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. www.goldcopd.com.
- Kupryś-Lipińska I, Kuna P.: Impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on patient's life and his family. *Pneumonol. Alergol. Pol.*, 2014; 82(2): 82-95.
- Kuna P., Kupryś-Lipińska I.: Problem współpracy lekarz - pacjent u chorych na astmę oskrzelową. *Med. Dypl.*, 2008; supl. 03/08: 25-30.

Prawidłowe odpowiedzi na pytania kontrolne: 1. 4), 2. 3), 3. 4)

3. Diabetologia

dr n. med. Magdalena Walicka¹, prof. dr hab. n. med. Edward Franek^{1,2}

¹ *Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie*

² *Zespół Kliniczno-Badawczy Epigenetyki Człowieka, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN w Warszawie*

Wstęp

Cukrzyca jest przewlekłą, postępującą chorobą metaboliczną i charakteryzuje się hiper-glikemią prowadzącą do powstawania przewlekłych powikłań o charakterze mikroangiopatii (retinopatia, nefropatia, neuropatia) i makroangiopatii (choroby sercowo-naczyniowe). Aby zapobiegać ich powstawaniu, konieczne jest uzyskanie przez chorych wartości docelowych w zakresie glikemii, ciśnienia tętniczego i lipidogramu, a także redukcji masy ciała. Osiągnięcie powyższych celów niesie z sobą wiele niedogodności dla pacjenta. Osoby chore na cukrzycę poza regularnym przyjmowaniem leków muszą przestrzegać zaleceń dietetycznych, dbać o regularną aktywność fizyczną, kontrolować masę ciała i parametry wyrównania metabolicznego. Konieczne są również częste wizyty u różnych specjalistów, co wymaga poświęcenia czasu i może być trudne do zrealizowania w codziennym, wypełnionym obowiązkami życia, jak również w systemie opieki zdrowotnej nie zawsze skoncentrowanym na pacjencie.

Leczenie cukrzycy jest związane z interwencją na wielu płaszczyznach i politeracją. W jednym z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych lekami doustnymi stwierdzono, że połowa z nich stosowała 7 lub więcej leków, w tym 2 lub więcej leków hipoglikemizujących. Niestety konieczność przyjmowania kilku leków zawsze się łączy z trudnościami w przestrzeganiu zaleceń. Niektóre doniesienia szacują, że przestrzeganie zaleceń dotyczących doustnych

leków hipoglikemizujących wynosi od 38,5 do 93,1 proc., natomiast insuliny - od 62 do 80 proc. Liczby te nie napawają optymizmem, jeśli wziąć pod uwagę konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń (zob. niżej).

Duży niepokój budzą również doniesienia dotyczące problematyki samokontroli i samoopieki diabetologicznej w zakresie diety i wysiłku fizycznego. Na przykład w badaniu DAWN (The Diabetes Attitudes, Wishes and Needs Study) tylko 19,4 proc. uczestników z cukrzycą typu 1 i 16,2 proc. z cukrzycą typu 2 deklarowało całkowite przestrzeganie otrzymanych w tym zakresie zaleceń. W kilku innych badaniach stwierdzono, że wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 poziom przestrzegania zaleceń w zakresie diety kształtuje się między 48 a 77 proc., a w zakresie wysiłku fizycznego między 34 a 52 proc.

Konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w cukrzycy

Niestosowanie się do zaleceń lekarskich w przypadku cukrzycy pociąga za sobą poważne konsekwencje zdrowotne. Nawet krótka przerwa w leczeniu prowadzi do hiperglikemii, która przyspiesza rozwój przewlekłych powikłań choroby. Wykazano, że wzrost o 25 proc. przestrzegania zaleceń dotyczących przyjmowania leków hipoglikemizujących skutkuje zmniejszeniem odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) o 0,34 proc.

Ponadto pacjenci niestosujący się do zaleceń wymagają częstszych hospitalizacji oraz przyczyniają się do wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną. W przypadku poprawy przestrzegania zaleceń z 50 do 100 proc. obserwowano redukcję liczby hospitalizacji o 23,3 proc. oraz zmniejszenie liczby wizyt na szpitalnych oddziałach ratunkowych o 46,2 proc. Przekładając to na konkretne wydatki, w jednej z analiz przeprowadzonej w Stanach Zjednoczonych wykazano, że poprawa przestrzegania zaleceń dotyczących przyjmowania leków mogłaby skutkować oszczędnościami w wysokości do 1,16 bln dolarów rocznie.

Ścisłe przestrzeganie zaleceń przez chorych z cukrzycą jest niezwykle istotne również z uwagi na wpływ na chorobowość i śmiertelność w tej grupie pacjentów. W jednym z badań stwierdzono, że u chorych z cukrzycą typu 2 nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków oraz opuszczanie zaplanowanych wizyt kontrolnych są niezależnymi czynnikami ryzyka zgonu (biorąc pod uwagę wszystkie przyczyny).

Powody nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w cukrzycy

W literaturze jest wymienianych wiele czynników będących przyczyną nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w cukrzycy. Wiadomo, że przestrzeganie zaleceń zmienia się wraz z wiekiem. Lekceważenie zaleceń na przykład bardzo ściśle się wiąże z problemami wieku dojrzewania (m.in. w związku z nieumiejętnością radzenia sobie ze stresem). Z drugiej strony trudności z ich przestrzeganiem są również charakterystyczne

dla wieku podeszłego (częstsze występowanie otępienia oraz współistnienie wielu chorób przewlekłych skutkujących politeracją).

Opublikowano wiele badań wykazujących, że przestrzeganie zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania doustnych leków hipoglikemizujących pogarsza się wraz ze zwiększeniem liczby tabletek przyjmowanych w ciągu dnia. Trzeba sobie również zdawać sprawę, że bardziej złożone schematy terapeutyczne (liczba leków oraz liczba dawek w ciągu dnia) mogą się wiązać z niezrozumieniem ze strony chorego i tym samym gorszym przestrzeganiem zaleceń.

Kolejną przyczyną nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, a zarazem jedną z najczęstszych, są działania niepożądane leków. Niektóre leki stosowane w terapii cukrzycy mogą powodować hipoglikemię oraz przyrost masy ciała, co może być dla pacjentów bardzo dużym problemem. Nietolerancja leków (np. zaburzenia żołądkowo-jelitowe) i interakcje między poszczególnymi lekami powodują, że niektórzy pacjenci przyjmują je rzadziej, niż powinni, lub nie przyjmują wcale. Wykazano, że każdy dodatkowy objaw nietolerancji jest związany z 28-proc. wzrostem prawdopodobieństwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Inną ważną przyczyną nieprzestrzegania zaleceń przez pacjentów z cukrzycą są koszty terapii. W jednym z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych stwierdzono, że trudności finansowe były przyczyną nieprzestrzegania zaleceń aż u 34 proc. pacjentów.

Stan psychiczny chorego (samopoczucie) wpływa na niemal wszystkie aspekty postępowania terapeutycznego w cukrzycy. Niewłaściwe stosowanie się do zaleceń bardzo często wiąże się z problemami psychologicznymi. Wykazano, że stresujące wydarzenia istotnie pogarszają systematyczność leczenia u nastolatków, a objawy depresji są związane z pogorszeniem przestrzegania zaleceń dotyczących przyjmowania leków, diety i wysiłku fizycznego u pacjentów z cukrzycą zarówno typu 1, jak i 2. Stres i negatywne emocje zakłócają zdolność jednostki do efektywnego zarządzania chorobą (palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, przejadanie się, brak aktywności fizycznej, nieregularne stosowanie leków, zbyt rzadka kontrola parametrów metabolicznych).

Wśród innych czynników wpływających na stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych u chorych z cukrzycą wymienia się także: jakość relacji lekarz - pacjent, typ osobowości pacjenta, świadomość swojej choroby, wykształcenie, relacje rodzinne oraz rodzaj wykonywanej pracy.

Interwencje poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w cukrzycy

Jak przedstawiono wyżej, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych u osób z cukrzycą jest wypadkową bardzo wielu czynników zależnych od pacjenta, lekarza oraz sposobu leczenia. Zastosowana metoda terapeutyczna powinna być skuteczna oraz obarczona

jak najmniejszą liczbą działań niepożądanych, musi być jednak również uzależniona od indywidualnych preferencji każdego pacjenta. Dla niektórych chorych ryzyko przyrostu masy ciała może bardzo istotnie wpływać na przestrzeganie zaleceń, dla innych może być ważniejsze ryzyko hipoglikemii lub koszt terapii. Konieczna jest zatem identyfikacja preferencji i potencjalnych czynników motywujących chorego w trakcie wywiadu lekarskiego. Należy w sposób zrozumiały sprecyzować cele leczenia, przedstawić korzyści oraz ewentualne efekty uboczne terapii. Naturalne jest bowiem, że brak zrozumienia rodzi obawy i może skutkować gorszą współpracą. Dokonując wyboru terapii dla konkretnego chorego, trzeba pamiętać, że schemat terapeutyczny powinien być jak najprostszy (jak najmniejsza liczba tabletek, dawkowanie raz dziennie), a leki powinny być obciążone jak najmniejszym ryzykiem działań niepożądanych. Należy również uwzględnić, że wielu pacjentów preferuje tabletki w stosunku do iniekcji.

Dobre relacje lekarz – pacjent są jednym z najistotniejszych czynników korzystnie wpływających na przestrzeganie zaleceń przez pacjentów. Wydaje się, że na stopień samokontroli cukrzycy korzystnie wpływa okazanie choremu współczucia oraz zrozumienia. Znaczenie ma również stosunek do potrzeb i wartości istotnych dla chorego oraz jego udział w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Podkreśla się w ten sposób centralną rolę pacjenta w procesie leczenia, co w rezultacie przekłada się na lepsze efekty terapeutyczne. We wspomnianym już badaniu DAWN dobre relacje lekarz – pacjent oraz możliwość skorzystania z pomocy pielęgniarki diabetologicznej pozytywnie korelowały z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych dotyczących zarówno leków, jak i zmiany stylu życia. Sugeruje się, że właściwa komunikacja między lekarzem i pacjentem zmniejsza poczucie stresu u chorych, poszerza ich wiedzę dotyczącą opcji terapeutycznych, poprawia stosowanie się do zaleceń, a co za tym idzie – kontrolę glikemii. Z drugiej strony szybkie przekazanie przez chorego informacji o przyczynie niezastosowania się do zaleceń pozwala na jej usunięcie.

Jak już wspomniano, niewłaściwe stosowanie się do zaleceń bardzo często jest skutkiem problemów psychologicznych, dlatego też przy rozpoczynaniu leczenia cukrzycy, a następnie podczas każdej wizyty lekarskiej należy oceniać stan psychiczny chorego. Niestety, mimo że klinicyści dostrzegają ten problem, pacjenci z cukrzycą rzadko otrzymują wsparcie psychologiczne. W badaniu DAWN 41 proc. pacjentów zgłaszało problemy psychologiczne, ale tylko 10 proc. otrzymywało związaną z tym pomoc. Z innego raportu wynika, że tylko 25 proc. pacjentów z cukrzycą typu 2 i objawami depresji otrzymuje adekwatne leczenie.

Rola wsparcia społecznego w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych w cukrzycy

Wsparcie społeczne to pomoc dostępna poprzez kontakty międzyludzkie. Może się objawiać na wiele sposobów. Najczęstszymi rodzajami wsparcia są: emocjonalne (inne

osoby okazują potrzebującemu swoje emocje i uczucia), instrumentalne (pomoc od innych w postaci materialnej), informacyjne (uzyskanie potrzebnych informacji lub rad) oraz wartościujące (otrzymanie od innych osób informacji, które pozwalają lepiej myśleć o sobie). Pomoc środowiska umożliwia pacjentowi odnalezienie się w trudnej sytuacji spowodowanej chorobą i zyskanie przeświadczenia, że sprosta nowym wymaganiom. Dokładne mechanizmy, w jaki sposób wsparcie społeczne wywiera pozytywne efekty zdrowotne, nie są w pełni zrozumiałe. Uważa się, że jest ono buforem pomiędzy negatywnym wpływem stresu a chorobą, ponadto korzystnie wpływa na stan emocjonalny, umacnia wiarę we własne możliwości oraz pomaga zmienić zachowania antyzdrowotne. Pacjenci otrzymujący znaczące wsparcie informacyjne cieszą się lepszą jakością życia, bez powikłań cukrzycy i poczucia uzależnienia od osób trzecich. Wykazano również, że wsparcie społeczne negatywnie koreluje ze stężeniem HbA_{1c}, a wsparcie rodziny i przyjaciół korzystnie wpływa na samokontrolę w cukrzycy.

Wśród źródeł wsparcia społecznego priorytetowe znaczenie zawsze jest przypisywane rodzinie. Jej członkowie mogą zapewniać różnego rodzaju wsparcie, jednak aktywne działania mające na celu umożliwienie lub ułatwienie zachowań prozdrowotnych w największym stopniu przekładają się na lepsze przestrzeganie zaleceń dotyczących samokontroli u pacjentów z chorobą przewlekłą. Pacjenci będący członkami rodziny, która ich wspiera, osiągają lepsze wyniki leczenia z uwagi na zdrowszy styl życia, lepsze przestrzeganie zaleceń dotyczących leków i mniejszy poziom stresu, dlatego zaangażowanie rodziny w terapię cukrzycy poprawia wyniki leczenia tej choroby. Wykazano ścisły związek między pozytywnymi relacjami w rodzinie (integracja rodziny - wzajemna bliskość, ilość spędzanego razem czasu, wspólne zainteresowania, podejmowanie decyzji z uwzględnieniem potrzeb pozostałych członków) a lepszą kontrolą glikemii. W rodzinach określanych jako spójne poziom przestrzegania zaleceń przez chorych jest prawie dwukrotnie większy, a w rodzinach z konfliktami ponad 1,5 razy mniejszy w porównaniu z rodzinami bez konfliktów. Stopień przestrzegania zaleceń przez pacjentów żyjących w związkach małżeńskich jest 1,27 razy większy w porównaniu z pacjentami stanu wolnego. Tak więc relacje wewnątrzrodzinne mają związek z podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi, a spójność i elastyczność (zdolność do zmiany) sprzyjają prawidłowym nawykom zdrowotnym.

Otoczenie chorego może także czasem wywierać negatywne skutki zdrowotne. Istnieją badania sugerujące, że niektórzy pacjenci otrzymujący wsparcie od rodziny mają poczucie winy, czują się krytykowani, i uważają, że są powodem do narzekań. Obserwowane są również sprzeczne dążenia członków rodziny i pacjenta, co stanowi barierę w samoopiece (na przykład członkowie rodziny mogą nie chcieć spożywać tych samych posiłków co pacjent chory na cukrzycę) i jest powodem stresu, który wywołuje negatywne emocje u pacjenta próbującego pogodzić liczne obowiązki rodzinne z chorobą.

Pacjenci zgłaszają również, że bliskie im osoby kontrolują i krytykują każde zachowanie, które może wpływać na stężenie glukozy we krwi („Przecież wiesz, że nie możesz tego jeść! Chcesz się zabić?”). Postawa rodziny, zarówno minimalizująca chorobę, jak i nadmiernie kontrolująca, niekorzystnie wpływa na pacjenta, generuje uczucie złości, frustracji i osamotnienia. Emocje te, poza tym, że są nieprzyjemne, mogą wpływać na samokontrolę choroby oraz samopoczucie fizyczne, a tym samym na stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Podsumowanie i zalecenia dla lekarza POZ

Leczenie cukrzycy jest związane z interwencją na wielu płaszczyznach, a trudności w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych w tej grupie pacjentów są powszechne, co pociąga za sobą poważne konsekwencje zdrowotne. Najważniejsze czynniki związane z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych w cukrzycy oraz interwencje mające na celu poprawę w tym zakresie wymieniono w tabeli 1.

Tabela 1. Czynniki związane z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych w cukrzycy oraz interwencje mające na celu poprawę tego stanu

CZYNNIKI ZWIĄZANE Z NIEPRZESTRZEGANIEM ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH	INTERWENCJE POPRAWIAJĄCE PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH
Politerapia, złożone schematy terapeutyczne, iniekcje	Stosowanie jak najprostszych schematów terapeutycznych, leki złożone
Działania niepożądane (przyrost masy ciała, problemy sercowo-naczyniowe, hipoglikemia)	Informowanie chorych o potencjalnych działaniach niepożądanych, stosowanie leków neutralnych dla wagi, o jak najmniejszym ryzyku hipoglikemii, modyfikacja leczenia w przypadku wystąpienia działań niepożądanych
Niewiedza (lekarza i pacjenta) dotycząca skuteczności i bezpieczeństwa leczenia	Edukacja
Czynniki ekonomiczne	Informowanie chorych o kosztach terapii, dostosowanie terapii do możliwości finansowych chorego
Relacje lekarz – pacjent	Poprawa komunikacji z pacjentem, okazywanie współczucia i zrozumienia, zachęcanie chorego do komunikowania problemów
Problemy psychologiczne chorego	Ocena stanu psychicznego chorego i wsparcie psychologiczne
Czynniki rodzinne	Umiejętne zaangażowanie rodziny w proces terapeutyczny

Pytania kontrolne

1. Jakie są najważniejsze czynniki związane z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych w cukrzycy oraz jakie interwencje mogą poprawić sytuację w tym zakresie?
2. Jakie znasz rodzaje wsparcia społecznego?

Warto przeczytać:

1. Wróbel M., Szymborska-Kajanek A., Strojek K.: Przestrzeganie zaleceń lekarskich (compliance) jako element leczenia cukrzycy. *Med. Dopl.*, 2008; supl 03/08: 13-16.
2. Wierusz-Wysocka B., Pietrzykowska E.: Psychospołeczne aspekty cukrzycy typu 1. W: *Cukrzyca typu 1 u osób dorosłych*, red.: Sieradzki J., Wierusz-Wysocka B. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012, 363-383.
3. Rubin R.: Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am. J. Med.*, 2005; 118: 27-34.
4. García-Pérez L.E., Alvarez M., Dilla T., Gil-Guillén V., Orozco-Beltrán D.: Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Ther.*, 2013; 4: 175-194.
5. Miller T.A., Dimatteo M.R.: Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab. Syndr. Obes.*, 2013; 6: 421-426.

4. Kardiologia

prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska

Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie

Wstęp

Leczenie przeciwzakrzepowe jest szczególnym rodzajem leczenia z punktu widzenia współpracy pacjenta z lekarzem. Z założenia przewlekłe leczenie przeciwzakrzepowe zapobiega zdarzeniom zakrzepowo-zatorowym, ale jego powikłaniem mogą być krwawienia – od małych do zagrażających życiu. Wskazania do przewlekłego leczenia przeciwzakrzepowego, coraz szersze i dotyczące coraz starszej populacji, i zagrożenie powikłaniami krwotocznymi są dość dobrze zdefiniowane, ale decyzja o wyborze leku, czasie leczenia i sposobie kontroli musi być podejmowana indywidualnie. W procesie leczenia bardzo ważną rolę odgrywa pacjent, dlatego edukacja pacjentów jest jednym z najważniejszych elementów skuteczności i bezpieczeństwa terapii.

Przewlekłe leczenie przeciwzakrzepowe stosuje się najczęściej w profilaktyce zatorów tętniczych u chorych z migotaniem przedsionków, wadami serca i po wszczepieniu zastawki. Stosowane jest ono również w żylnych chorobach zakrzepowo-zatorowej, a także w leczeniu i profilaktyce zatorowości płucnej. Poza lekami przeciwzakrzepowymi na układ krzepnięcia wpływają leki przeciwplatekcyjne stosowane w chorobie wieńcowej, po przebytych zawałach serca i w innych chorobach naczyniowych. Jeśli dodać do tego leki przeciwzakrzepowe stosowane parenteralnie, to liczba leków wpływających na proces krzepnięcia sięga kilkudziesięciu, a liczba możliwych kombinacji przekracza kilkaset. To kolejny argument, dla którego edukacja pacjentów i współpraca lekarza

z pacjentem są konieczne. Pacjent przede wszystkim powinien wiedzieć, dlaczego, po co i jaki lek przyjmuje.

Migotanie przedsionków

Migotanie przedsionków dotyczy około 400 tys. osób w Polsce. Częstość występowania migotania przedsionków rośnie z wiekiem. Na całym świecie obejmuje 1-2 proc. populacji, a po 80. roku życia - 15 proc. Najpoważniejszym powikłaniem migotania przedsionków jest udar mózgu. Niestety, liczba udarów mózgu związanych z migotaniem przedsionków również rośnie z wiekiem. W Polsce udar mózgu ma rocznie 65-70 tys. osób. Jest to trzecia najczęstsza przyczyna zgonu i najczęstsza przyczyna niesprawności u osób dorosłych: 24-53 proc. chorych, którzy przeżyli, stało się częściowo lub całkowicie zależnych od innych. Już ponad 20 lat temu udowodniono, że przewlekłe leczenie przeciwzakrzepowe redukuje ryzyko udaru mózgu. Pacjenci trafiający do lekarza z powodu migotania przedsionków są zaniepokojeni przede wszystkim samą arytmia. Niewielu z nich ma świadomość, że największym zagrożeniem jest udar mózgu, a możliwość zapobiegania polega na systematycznym przyjmowaniu leków przeciwzakrzepowych. Poza leczeniem polegającym na kontroli rytmu albo kontroli częstości należy ocenić zagrożenie udarem mózgu i ewentualnymi powikłaniami krwotocznymi oraz uświadomić pacjentowi konieczność leczenia i potencjalne niebezpieczeństwo, które się z nim wiąże. Chory z migotaniem przedsionków stał się obecnie jednym z najbardziej czasochłonnych pacjentów. Wynika to z zalecanego w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, ESC), a więc również Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), obowiązku omówienia z pacjentem rozmaitych możliwości leczenia przeciwzakrzepowego. Dotyczy to pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków, czyli bez istotnej hemodynamicznie wady serca i bez wszczepionej zastawki.

Do niedawna jedyną opcją leczenia przeciwzakrzepowego było leczenie antagonistami witaminy K (VKA). Najnowsze wytyczne u chorych z niezastawkowym migotaniem przedsionków podkreślają znaczenie leków nienależących do grupy antagonistów witaminy K (DAnonVKA). Leki te są preferowane, gdyż w dużych, międzynarodowych, randomizowanych badaniach okazały się co najmniej tak samo skuteczne jak warfaryna w prewencji udaru mózgu u osób z niezastawkowym migotaniem przedsionków, a jednocześnie od niej bezpieczniejsze. Do teraz (czerwiec 2015 r.) w prewencji powikłań zakrzepowo-zatorowych w tej populacji chorych są zarejestrowane 4 leki: apiksaban, dabigatran, edoksaban i riwaroksaban.

Wskazania do przewlekłego leczenia przeciwzakrzepowego w prewencji udaru mózgu ocenia się na podstawie skali o akronimie CHA_2DS_2 -VASc, utworzonym z pierwszych liter angielskich terminów określających czynniki ryzyka udaru mózgu (tab. 1). Uzyskanie nawet jednego punktu według skali jest wskazaniem do leczenia przeciwzakrzepowego.

Tabela 1. Czynniki ryzyka udaru mózgu w skali CHA₂DS₂-VASc [na podstawie: Lip G.Y., Chest. 2010; 137(2): 263-72]

CZYNNIK RYZYKA	PUNKTACJA
Congestive heart failure/LV dysfunction* Niewydolność serca/dysfunkcja lewej komory*	1
Hypertension Nadciśnienie tętnicze	1
Age ≥ 75 Wiek ≥ 75. roku życia	2
Diabetes mellitus Cukrzyca	1
Stroke/TIA/thrombo-embolism Udar/TIA/powikłanie zakrzepowo-zatorowe	2
Vascular disease Choroba naczyniowa	1
Age 65-74 Wiek 65-74 lata	1
Sex category (female) Płeć żeńska	1
PUNKTACJA MAKSYMALNA	9

*Udokumentowana umiarkowana/ciężka dysfunkcja skurczowa lewej komory lub zdekompensowana niewydolność serca wymagająca hospitalizacji (Banerjee i wsp. 2012, zalecenia ESC 2012)

Wyjątek stanowi jeden punkt za płeć żeńską u osób poniżej 65. roku życia. Niezależnie od płci osoby poniżej 65. roku życia z niezastawkowym AF, bez innych czynników ryzyka wymienionych w skali CHA₂DS₂-VASc, nie mają wskazań do leczenia przeciwzakrzepowego. Trzeba pamiętać, że raz podjęta decyzja o nieleczeniu z powodu uzyskania 0 punktów w skali CHA₂DS₂-VASc może z czasem ulec zmianie, np. z powodu wieku albo rozpoznania nadciśnienia tętniczego. Pacjent powinien być przez lekarza zaznajomiony ze skalą, ale również powinien uzyskać informacje na temat rosnącego wraz z liczbą punktów zagrożenia udarem (tab. 2). Pacjenci z napadowym, często niemyłym migotaniem przedsionków są tak samo zagrożeni jak chorzy z utrwalonym migotaniem przedsionków. Poza wskazaniem do leczenia konieczne są ocena i omówienie z pacjentem zagrożeń powikłaniami krwotocznymi (tab. 3). Pacjent powinien być nauczony rozpoznawania powikłań krwotocznych - jest ono proste przy jawnych krwawieniach zewnętrznych, np. z nosa lub dziąseł, ale trudniejsze w przypadku krwawień z układu moczowego i przewodu pokarmowego. Dopiero po rozmowie dotyczącej konieczności leczenia i możliwości powikłań należy pacjentom przedstawić możliwości farmakologiczne.

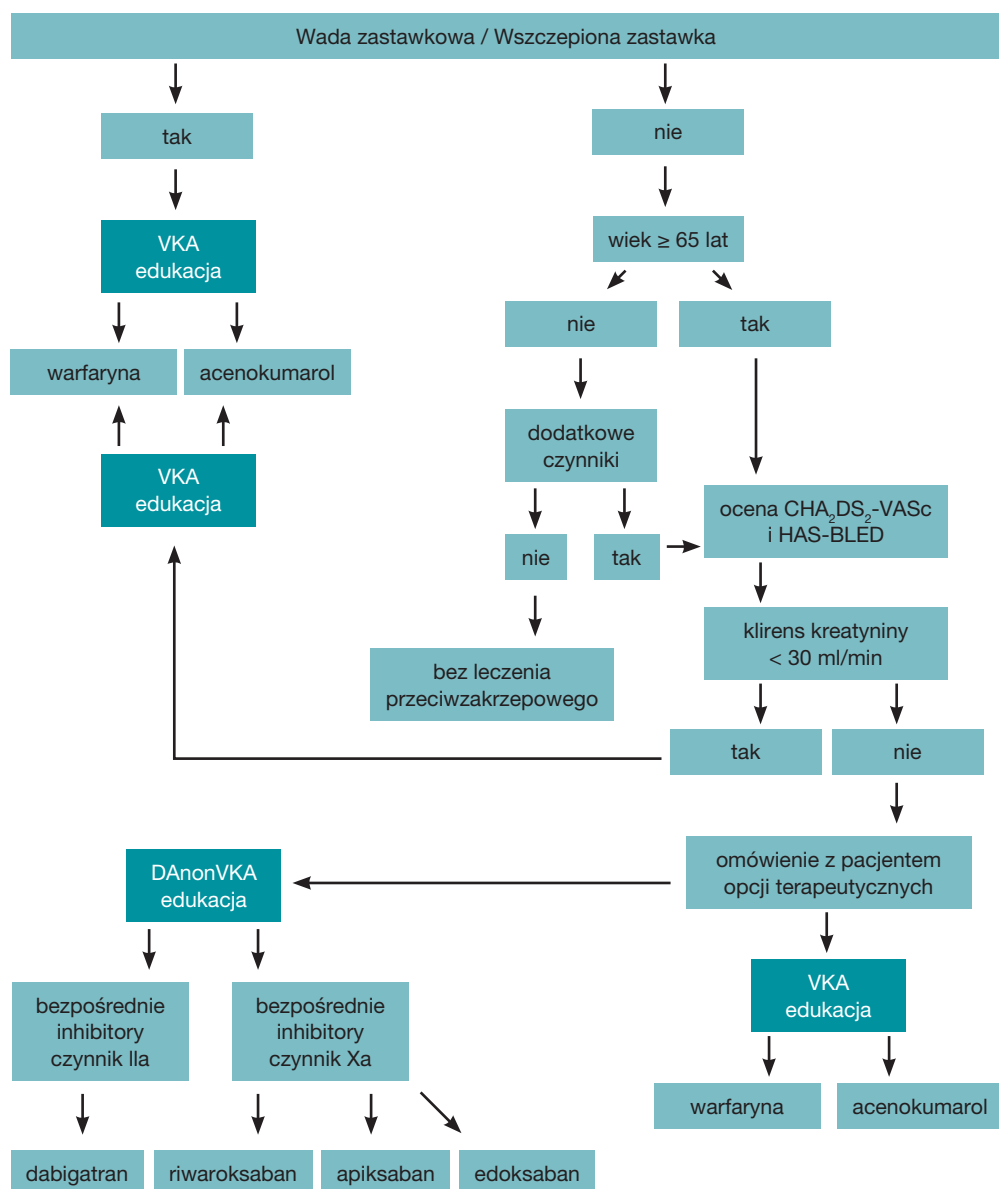
Tabela 2. Ryzyko udaru mózgu uzależnione od liczby punktów według skali CHA2DS2-VASc [na podstawie: Lip G.Y., Chest. 2010; 137(2): 263-72]

LICZBA PUNKTÓW	RYZYKO* (%)
1	0,78
2	2,01
3	3,71
4	9,27
5	15,26
6	19,74
7	21,50
≥ 8	22,38

Tabela 3. Czynniki ryzyka krwawień u chorych z AF – skala HAS-BLED [na podstawie: Pisters R., Chest. 2010; 138(5): 1093-100]

CZYNNIK RYZYKA	PUNKTACJA
Hypertension Nadciśnienie tętnicze	1
Abnormal renal and liver function Nieprawidłowa funkcja nerek i wątroby (po 1 punkcie)	1 lub 2
Stroke Udar	1
Bleeding Krwawienie	1
Lable INR Niestabilny INR	1
Elderly > 65 years Wiek > 65. roku życia	1
Drugs or alcohol Leki i alkohol (po 1 punkcie)	1 lub 2
PUNKTACJA MAKSYMALNA	9

Mówiąc o antagonistach witaminy K, trzeba wspomnieć o kilkudziesięcioletnim doświadczeniu w leczeniu tą grupą leków, a także o wszystkich niedogodnościach z nim związanych: konieczności indywidualnego doboru dawki, wąskim oknie terapeutycznym, opóźnionej odpowiedzi na zwiększenie lub zmniejszenie dawki, konieczności kontroli INR, interakcji z innymi lekami i pożywieniem. Złożony metabolizm VKA powoduje, że aktywność przeciwzakrzepowa zależy od czynników genetycznych, ale przyjmowane leki lub pokarmy mogą znacząco zmieniać skuteczność terapii. Warto



Rysunek 1. Prewencja udaru mózgu u chorych z migotaniem przedsionków

pamiętać, że by leczenie uznać za skuteczne, ponad 70 proc. pomiarów powinno być w zalecanych przedziale INR, czyli między wartościami 2,0 a 3,0. Pacjenci powinni zostać poinformowani o możliwości samokontroli leczenia przeciwzakrzepowego VKA.

Preferowane, wygodniejsze w przyjmowaniu leki z grupy doustnych antykoagulantów nienależących do grupy antagonistów witaminy K nie są jak dotąd w Polsce refundowane we wskazaniu prewencji udaru mózgu (rys. 1). DAnonVKA są bezpieczniejsze od warfaryny, gdyż redukują liczbę groźnych dla życia udarów krwotocznych. Są one ponadto przynajmniej tak samo skuteczne jak warfaryna. Liczebność badanych populacji była zbyt mała,

żeby wykazać przewagę nad warfaryną, a mimo to okazało się, że niektóre z nich redukują liczbę pewnych zdarzeń, np. dabigatran w dawce 2 x 150 mg redukuje liczbę udarów niedokrwiennych, a apiksaban – śmiertelność. Leków tych nie można jednak z sobą porównywać, ponieważ nigdy nie były badane porównawczo.

Leczenie DANonVKA nie może być prowadzone u osób z zaawansowaną niewydolnością nerek i klirensiem kreatyniny poniżej 30 ml/min. Należy zachować ostrożność i zredukować dawkę leku u osób starszych, z klirensiem kreatyniny bliskim dolnej dopuszczalnej granicy, w przypadku dużego ryzyka krwawień. Pacjent powinien zostać uprzedzony o konieczności kontroli klirensu kreatyniny przynajmniej raz do roku, a jeśli funkcja nerek jest wyjściowo upośledzona, powinien wykonywać badania częściej. Każdy z DANonVKA jest zarejestrowany w dwóch dawkach; mogą zaistnieć okoliczności, w których dawkowanie trzeba zmienić. Dlatego tak ważne jest informowanie lekarzy o przyjmowanych lekach.

Należy również pamiętać, że w zupełnie szczególnych sytuacjach chorych z migotaniem przedsionków kwalifikuje się do leczenia dwoma lekami przeciwpłytkowymi. Bezpieczniejszą opcją dla pacjentów z wysokim ryzykiem krwawień jest możliwość zamknięcia uszka lewego przedsionka. Zabieg ten jest obecnie refundowany.

Wada zastawkowa serca

Migotanie przedsionków u osób z nabytą, istotną hemodynamicznie wadą serca jest wskazaniem do leczenia przeciwzakrzepowego VKA. DANonVKA nie są zarejestrowane w tym wskazaniu. Zasady leczenia VKA w wadach serca są takie jak w niezastawkowym migotaniu przedsionków. Zaleca się utrzymywanie INR w granicach 2,0-3,0. Migotanie przedsionków towarzyszy najczęściej zwężeniu i/lub niedomykalności zastawki dwudzielnej, znacznie rzadziej pojawia się w przebiegu zwężenia lub niedomykalności zastawki aortalnej. Pojawia się ono na ogół w zaawansowanej wadzie i jest jednym z kryteriów branych pod uwagę podczas kwalifikacji do leczenia operacyjnego. Dlatego poza przeprowadzeniem rozmowy dotyczącej konieczności przewlekłego leczenia VKA, która jest opisana w części dotyczącej migotania przedsionków, należy skierować pacjenta do kardiologa w celu ewentualnej kwalifikacji do leczenia zabiegowego. Ze względu na to, że niektóre wady serca, zwłaszcza zwężenie zastawki dwudzielnej, mogą dotyczyć młodych kobiet, należy przeprowadzić rozmowę o ewentualnej ciąży i potencjalnej szkodliwości VKA. Najlepiej byłoby, gdyby wada została wyleczona przed planowaną ciążą, wtedy często można przywrócić rytm zatokowy i zrezygnować z antykoagulacji lub w pierwszym trymestrze ciąży zastąpić VKA heparyną.

Wszczepiona zastawka

Leczenie przeciwzakrzepowe VKA staje się niezbędne po wszczępieniu zastawki. Czas leczenia i docelowa wartość INR są uzależnione od rodzaju i typu wszczępionej zastawki,

pozycji, w którą jest wszczepiona, i innych czynników decydujących o potencjalnym ryzyku powikłań zakrzepowo-zatorowych. Pacjenci po operacjach kardiochirurgicznych najczęściej współpracują z lekarzem, chociaż częstość oznaczeń INR i zmiany dawkowania po uzyskaniu wyników zazwyczaj pozostawiają wiele do życzenia. Rozmowa dotycząca przewlekłego leczenia przeciwzakrzepowego powinna się odbyć przed kwalifikacją do operacji. Ta grupa chorych wymaga szczególnego przygotowania, ponieważ zakrzepica zastawki nie tylko stanowi zagrożenie powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi, lecz także najczęściej jest wskazaniem do reoperacji. Kobiety w wieku rozrodczym mają wykonywane operacje naprawcze lub wszczepiane zastawki biologiczne w celu uniknięcia ryzyka nie tylko zakrzepicy zastawki, ale również wad płodu, poronień, przedwczesnych porodów i krwawień.

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

Zakrzepica żylna jest chorobą bardzo rozpowszechnioną. Ocenia się, że w krajach rozwiniętych choruje na nią jedna na tysiąc osób, spośród których 1-2 proc. umiera z powodu zatoru płucnego. Najczęściej chorzy z zakrzepicą żylną nie wymagają przewlekłego leczenia przeciwzakrzepowego – antykoagulację stosuje się do 3 miesięcy. Tylko w wybranych przypadkach, u chorych, u których występuje bardzo wysokie ryzyko nawrotu zakrzepicy, profilaktykę nawrotów stosuje się bezterminowo. Wykorzystuje się zarówno VKA, jak i DANonVKA. W rozmowie z pacjentem należy wyjaśnić, z czego wynika konieczność przewlekłego leczenia przeciwzakrzepowego, i zależnie od zastosowanego leku omówić zasady leczenia. Jeśli leczenie dotyczy młodych kobiet, które planują rodzić, należy omówić konieczność zaplanowania ciąży z powodu udowodnionej szkodliwości VKA i braku badań u ciężarnych DANonVKA.

Ryzyko zakrzepicy dotyczy również choroby nowotworowej. Wynika najczęściej z unieruchomienia, konieczności umieszczenia cewników w żyłę centralnej, mówi się również o aktywacji krzepnięcia wynikającej na przykład z choroby nowotworowej.

W chorobie nowotworowej leczenie VKA jest trudne – najczęściej stosuje się heparyny drobnocząsteczkowe (*low molecular weight heparin* - LMWH, i fondaparynuks). Dawki LMWH są uzależnione od masy ciała, wieku i wydolności nerek. W warunkach szpitalnych są podawane na ogół co 12 godzin, a ambulatoryjnie – raz na dobę. Pacjenci z chorobą nowotworową są zazwyczaj pod stałą kontrolą lekarską. Bardzo duże znaczenie ma także współpraca z rodziną.

Problemy związane z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych w trakcie podawania leków przeciwzakrzepowych

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych w trakcie przewlekłej terapii przeciwkrzepliwej zwiększa ryzyko powikłań zarówno o charakterze zakrzepowo-zatorowym,

jak i krwotocznym. Efektywność stosowania „klasycznych” antagonistów witaminy K (warfaryny lub acenokumarolu) określa się wskaźnikiem czasu, w którym pacjent osiągał terapeutyczną wartość wskaźnika INR (time in therapeutic range, TTR), jako odsetek całego okresu trwania terapii. Liczne dane z badań klinicznych wykazują, że wyższa wartość TTR zmniejsza ryzyko nie tylko udaru, ale także groźnych krwawień. Idealna wartość TTR to 100 proc., jednak w badaniach klinicznych średnia wartość TTR wynosi nie więcej niż 70 proc., natomiast w warunkach zwykłej praktyki lekarskiej jest jeszcze niższa, zwykle poniżej 50 proc. Uważa się, że TTR poniżej 60 proc. zwiększa ryzyko powikłań krwotocznych i jest dodatkowym argumentem do zaproponowania zmiany leku na DANonVKA.

Skala SAMeTT₂R₂: uwzględniająca płeć żeńską (1 punkt), wiek poniżej 60 lat (1 punkt), choroby współistniejące - definiowane jako więcej niż dwie z wymienionych: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba wieńcowa/zawał serca, choroba naczyń obwodowych, niewydolność serca przebyty udar, choroba płuc, nerek, wątroby - (1 punkt), przyjmowane leki wchodzące w interakcje, np. amiodaron (1 punkt), palenie tytoniu (2 punkty) i rasa niebiała (2 punkty).

Osoby mające 0-1 punkt najpewniej będą właściwie leczone VKA, natomiast mające 2 i więcej punktów i będą zagrożone z powodu suboptymalnego leczenia przeciwzakrzepowego. Dane z rejestrów wskazują, że spośród chorych, którzy rozpoczynają terapię VKA, ponad 20 proc. nie kontynuuje jej po roku, przy czym u większości pacjentów wystąpienie groźnych działań niepożądanych nie jest głównym powodem przerwania terapii.

Metody poprawy stopnia przestrzegania zaleceń w trakcie terapii lekami przeciwzakrzepowymi

Włączenie leku przeciwzakrzepowego musi być poprzedzone rozmową dotyczącą nie tylko korzyści, ale także ryzyka i zasad prowadzenia terapii. Chory powinien zostać uprzedzony o postępowaniu w razie zabiegu operacyjnego: od najprostszego do najbardziej skomplikowanego. Powinien też wiedzieć, jak się zachować w sytuacjach szczególnych, np. w razie pominięcia dawki leku, pomyłkowego zwiększenia dawki, urazu, konieczności przyjmowania innych leków, krwawienia. Tak szczegółowa rozmowa przed rozpoczęciem leczenia sprawia, że pacjent, rozumiejąc problem, staje się partnerem w leczeniu przeciwzakrzepowym. Dobrze, jeśli w rozmowie uczestniczy ktoś z rodziny lub przyjaciół pacjenta. Taka osoba również może dbać o przestrzeganie zaleceń przez chorego. Bardzo przydatne są poradniki leczenia przeciwzakrzepowego dla pacjentów: osobny dla chorych leczonych VKA, a osobny dla chorych z niezastawkowym migotaniem przedsionków leczonych DANonVKA. W każdym z poradników znajduje się karta leczenia przeciwzakrzepowego przeznaczona do noszenia przy sobie, zawierająca informację o leku przeciwzakrzepowym, ewentualnie towarzyszącym leku przeciwplateletowym. Zaleca się,

by taką kartę wypełnił lekarz i zobowiązał pacjenta do noszenia przy sobie, a następnie okazywania podczas każdej wizyty lekarskiej, niezależnie od specjalisty.

Niezwykle istotne dla poprawy stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest stały nadzór nad prowadzonym leczeniem przeciwzakrzepowym. W wielu krajach istnieją specjalne „kliniki przeciwzakrzepowe” zajmujące się takimi pacjentami. Istnieje również możliwość samodzielnych pomiarów wskaźnika INR przez pacjenta, ale mimo szkoleń okazało się, że samokontrola nie poprawia TTR.

Powszechna dostępność metod pomiaru INR pozwala na weryfikację skuteczności leczenia VKA. Niestety kontrola jest wykonywana najczęściej zbyt rzadko, co pogarsza skuteczność leczenia.

Stosowanie DANonVKA nie wymaga kontroli układu krzepnięcia do oceny ich aktywności, ale stwierdzenie efektywnej antykoagulacji wymaga stosowania specjalistycznych testów, takich jak czas ekarynowy (*ecarin clotting time*, ECT) dla dabigatranu lub bezpośredni pomiar aktywności czynnika X dla tzw. ksabanów. Pomocne jednak mogą być rutynowo stosowane testy, które dowodzą, że pacjent przyjął zalecany lek. U osób stosujących dabigatran należy oczekiwać wydłużenia wartości czasu trombinowego i aPTT, natomiast terapia riwaroksabanem lub apiksabanem powinna zwiększyć wartość czasu protrombinowego (PT). Należy jednak podkreślić, że powyższe testy nie określają, czy pacjent uzyskał terapeutyczne stężenia przyjmowanych leków. Monitorowanie INR nie jest przydatne u leczonych DANonVKA.

Leczenie przeciwplatekcyjne

Najczęstszym wskazaniem do leczenia przeciwplatekcyjnego jest choroba wieńcowa. Pacjenci po ostrym zespole wieńcowym (OZW) powinni być leczeni dwoma lekami przeciwplatekowymi: kwasem acetylosalicylowym (ASA) w połączeniu z prasugrelem, tikagrelorem lub kłopidogrelem. Leczenie łączone dwoma lekami przeciwplatekowymi zaleca się przez 12 miesięcy od OZW, a następnie przewlekle stosuje się jeden lek przeciwplatekowy. W tym wypadku niezbędne są również współpraca z pacjentem i zrozumienie przez niego powodów stosowania podwójnej terapii przeciwplatekowej. Podczas każdej wizyty lekarskiej należy zadać pytanie o przestrzeganie zaleceń po OZW, w tym tych dotyczących leczenia przeciwplatekowego. Przerwanie leczenia może skutkować zakrzepicą w stencie. Do takiej sytuacji może także doprowadzić cukrzyca i niewydolność nerek. Pacjenci muszą być świadomi ryzyka powikłań krwotocznych związanych z leczeniem. Powinni wiedzieć, że w razie istotnego krwawienia muszą natychmiast się skontaktować z lekarzem. Małe krwawienie nie upoważnia pacjentów do podejmowania decyzji o przerwaniu leczenia bez konsultacji z lekarzem. Pacjent powinien być również poinformowany o postępowaniu w razie konieczności leczenia chirurgicznego w pierwszym roku po OZW. W tej sytuacji również bardzo przydatne są poradniki dla pacjentów.

Leczenie łączone lekami przeciwzakrzepowymi i przeciwplatekowymi

Liczne wskazania do stosowania leczenia przeciwzakrzepowego i przeciwplatekowego powodują, że coraz częściej wprowadza się leczenie łączone. Dotyczy to na przykład chorych z migotaniem przedsionków i rozpoznaniem choroby wieńcowej, zmian w tętnicach szyjnych, a przede wszystkim OZW, gdzie zaleca się dwa leki przeciwplatekowe. Pacjenci powinni wiedzieć, dlaczego przyjmują każdy z leków wpływających na układ krzepnięcia. Nowe wytyczne dotyczące rewaskularyzacji dopuszczają u chorych wysokiego ryzyka stosowanie leku przeciwzakrzepowego z jednym lekiem przeciwplatekowym. W wytycznych dotyczących rewaskularyzacji u osób wymagających przewlekłego leczenia przeciwzakrzepowego DANonVKA zalecane są na równi z VKA. Nie dopuszcza się obecnie łączenia DANonVKA z prasugrelem ani tikagrelorem.

Zalecenia dla lekarza praktyka

Współpraca lekarza z pacjentem przewlekle leczonym przeciwzakrzepowo jest możliwa po odpowiednim przeszkoleniu pacjenta. Edukacja wymaga poświęcenia choremu odpowiedniej ilości czasu, pomocne mogą być też różne materiały edukacyjne (poradniki). Jednorazowa rozmowa na pewno nie jest wystarczająca, do tematu leczenia i przestrzegania zaleceń należy wracać w czasie kolejnych wizyt. Jeśli pacjent jest osobą starszą albo przedmiot rozmowy jest dla niego zbyt skomplikowany, w proces leczenia należy włączyć kogoś z rodziny lub przyjaciół pacjenta. Pacjent powinien prowadzić dzienniczek kontroli terapii, który zawiera przyjmowane dawki leku, wyniki oznaczeń INR u leczonych VKA lub kreatyniny jej klirensu u leczonych DANonVKA, terminy kolejnych wizyt. Taki dzienniczek chory powinien nosić przy sobie. Zrozumienie zagrożeń wynikających z nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest niezbędne do współpracy. Niestety wyniki badań pokazują, że przestrzeganie zaleceń dotyczących przewlekłego leczenia nie różni się znacząco w przypadku leczenia DANonVKA w porównaniu z VKA. Brak konieczności kontroli parametrów krzepnięcia krwi u leczonych DANonVKA zmniejsza jednocześnie możliwość nadzorowania leczenia i powoduje, że na pacjentach spoczywa jeszcze większa odpowiedzialność. W leczeniu przeciwzakrzepowym pacjent zawsze powinien być partnerem.

Pytania kontrolne

1. U kogo oczekujesz trudności w optymalnym leczeniu warfaryną (TTR poniżej 60):
 - A. Kobiety poniżej 60. roku życia
 - B. Osoby poniżej 60. roku życia z licznymi chorobami współistniejącymi
 - C. Palacza tytoniu
 - D. Osoby z licznymi chorobami współistniejącymi leczonej amiodaronem
 - E. Wszystkich wyżej wymienionych

2. DAnonVKA od VKA różni:

- A. Stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów
- B. Konieczność modyfikowania dawki na podstawie badania aktywności układu krzepnięcia
- C. Ryzyko interakcji z innymi lekami
- D. Ryzyko krwawień śródczaszkowych
- E. Cena

Odpowiedzi:

- 1) A, C 2) A, C, E 3) B, D 4) wszystkie 5) tylko E

Warto przeczytać

1. Chatterjee S, Sardar P, Giri J.S. et al.: Treatment discontinuations with new oral agents for long - term anticoagulation: insights from a meta-analysis of 18 randomized trials including 101,801 patients. *Mayo Clin. Proc.*, 2014; 89(7): 896-907.
2. Kardas P.: Compliance, clinical outcome, and quality of life of patients with stable angina pectoris receiving once-daily betaxolol versus twice daily metoprolol: a randomized controlled trial. *Vascular Health and Risk Management*, 2007; 3(2): 235-242.
3. Eapen Z.J., Mi X., Qualls L.G.: Adherence and persistence in the use of warfarin after hospital discharge among patients with heart failure and atrial fibrillation. *J. Cardiac Fail.*, 2014; 20: 23-30.
4. Vrijens B., Heidbuchel H.: Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants: considerations on once- vs. twice daily regimens and their potential impact on medication adherence. *Europace* 2015; 17: 514-23.
5. Di Minno A., Spadarella G., Tufano A. et al.: Ensuring medication adherence with direct oral anticoagulant drugs: lessons from adherence with vitamin K antagonists (VKAs). *Thromb Res.* 2014; 133: 699.
6. Apostolakis S., Sullivan R.M., Olshansky B., Lip G.Y.H.: Factors affecting quality of anticoagulation control among patients with atrial fibrillation on warfarin. The SAME-TT2R2 Score, *Chest* 2013; 144 (5): 1555-1563.

Prawidłowe odpowiedzi na pytania kontrolne: 1. E, 2. 4)

5. Gastroenterologia

prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Panas, dr n. med. Anna Mokrowiecka,
*Katedra Gastroenterologii, Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Wstęp

W leczeniu chorób przewodu pokarmowego mamy do czynienia z zagadnieniem przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów nie tylko w kontekście przyjmowania leków. Dużą część zaleceń lekarskich w gastroenterologii stanowią zalecenia zmiany stylu życia, przestrzegania diety (np. dieta bezglutenowa) oraz uczestnictwa w programach profilaktycznych badań przesiewowych, a także w programach nadzoru w już rozpoznanych jednostkach chorobowych.

Przykładem badań przesiewowych jest program profilaktyki raka jelita grubego, który w Polsce opiera się głównie na badaniach kolonoskopowych. Systematycznego nadzoru wymagają na przykład chorzy z chorobą refluksową powikłaną przełykiem Barretta.

W dziedzinie gastroenterologii występują choroby powodowane także przez alkohol (np. marskość wątroby, przewlekłe zapalenia trzustki), a jego wpływ znacznie utrudnia współpracę z chorym i przestrzeganie zaleceń lekarskich.

Jednym z głównych zagadnień współpracy z pacjentem gastroenterologicznym jest współdziałanie w chorobach czynnościowych, w których sposób przeżywania emocji i radzenie sobie ze stresem są kluczowe. Przykładem może być zespół jelita drażliwego, w którym wraz z utrzymywaniem się objawów, mimo prawidłowych wyników wszelkich badań diagnostycznych, zmniejsza się zaufanie do lekarza. Pacjenci skarżą się, że ich choroba jest uważana za niegroźną, i zgłaszają potrzebę lepszego informowania o przyczynach

i sposobach leczenia oraz lepszemu zrozumieniu w kontaktach z przedstawicielami służby zdrowia. W chorobach czynnościowych stwierdzono podwyższenie poziomu depresji, neurotyczności, hipochondrii i lęku, a z badań wynika, że depresja źle wpływa na współpracę z pacjentem.

Współpraca z pacjentem w przyjmowaniu leków na przykładzie nieswoistych chorób zapalnych jelit (inflammatory bowel disease, IBD)

Przewlekła natura nieswoistych chorób zapalnych jelit (IBD) wiąże się z koniecznością długotrwałego stosowania leków w celu podtrzymania remisji. Jak w przypadku wielu chorób przewlekłych przestrzeganie zasad i stosowanie się do zaleceń lekarskich utrzymuje się na niskim poziomie. W przypadku przyjmowania mesalazyny zalecenia respektuje tylko ok. 40 proc. pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG). Zła współpraca z pacjentem wiąże się z większym ryzykiem nawrotu choroby, wyższymi kosztami opieki zdrowotnej, a także z większym ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego. Dlatego też podejmuje się liczne próby w celu określenia czynników ryzyka braku współpracy z chorymi na IBD, a także stworzenia systemów poprawy tej współpracy [1].

Stworzenie systemów poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych pacjentów z IBD wymaga szczegółowszych badań motywacji pacjenta. Devlen i wsp. badali

Tabela 1. Cechy nieswoistych chorób zapalnych jelit wpływające na współpracę z pacjentem [1, 2]

CHOROBY PRZEWLEKŁE, CZĘSTE KONTAKTY ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA
<p>Początek w młodym wieku lub w szczycie aktywności zawodowej</p> <ul style="list-style-type: none"> – praca (brak czasu, zapominanie), weekendy, przebywanie poza domem – zła organizacja czasu
<p>Choroby przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji</p> <ul style="list-style-type: none"> – konieczność przyjmowania leków nawet podczas długoletnich remisji – oczekiwanie szybkich rezultatów – testowanie konieczności przyjmowania leków – niezrozumienie korzyści płynących z terapii
<p>Charakterystyka leku</p> <ul style="list-style-type: none"> – duża liczba tabletek, rozmiar tabletki, częstotliwość dawkowania – koszty <p>Niedogodności w zdobyciu/zrealizowaniu recepty na czas</p>
<p>Społeczna stygmatyzacja</p> <ul style="list-style-type: none"> – zażenowanie – wpływ rówieśników
<p>Obawy: ryzyko raka, operacji, stomii, ograniczenia dostępu do specjalistów i brak refundacji leczenia</p>

zachowania pacjentów z IBD w kontekście przyjmowania mesalazyny [2]. Autorzy zwrócili uwagę na kilka grup przyczyn braku przestrzegania zaleceń, m.in. inne zajęcia/priorytety, czynniki społeczne (stygmatyzacja) i obawy dotyczące skuteczności leczenia (tab. 1).

Zapominanie spowodowane innymi zajęciami jest jednym z najczęstszych powodów nieprzyjmowania leków zgodnie z zaleceniami lekarza. Jest wiele okoliczności, które wpływają na zapamiętywanie. Wśród nich są zajęcia w pracy, bycie rozpraszonym przez inne czynności, zmiana nawyków w weekendy i wakacje. Wielość zajęć oznacza, że dawka południowa często jest pomijana. Dawki ranne mogą być pominięte w porannym pośpiechu, a wieczorem niesprzyjające są zmęczenie lub spotkanie towarzyskie. Konieczne są dobra organizacja oraz zaawansowane planowanie, np. pakowanie leków.

Szeroki dostęp do smartfonów wśród tej populacji pacjentów doprowadził do zainteresowania elektroniką jako narzędziem poprawiającym współpracę z pacjentem podczas codziennych czynności. Innym sposobem są „inteligentne” pojemniki na pigułki, które przypominają o sobie, jeśli nie zostały otwarte. Wiedza chorych o konieczności kontynuowania terapii w czasie remisji wydaje się najważniejsza, choć wpływ edukacji nie został do końca udowodniony. Badania z randomizacją wykazały wpływ interwencji edukacyjnych i motywacyjnych u pacjentów z WZJG na utrzymanie dobrej współpracy, ale nie powodowały zmiany u chorych od początku odmawiających tej współpracy. Możliwość składania wniosków o recepty formą elektroniczną była jednym z czynników wpływających na dużą poprawę przyjmowania leków, ta opcja jest jednak obecnie w Polsce jest niedostępna.

Ciekawym badaniem była ocena wpływu typu osobowości na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych [3]. Od 749 osób chorych przewlekle (m.in. na: astmę, nadciśnienie, cukrzycę, reumatoidalne zapalenie stawów) w zachodniej Szwecji zebrano dane dotyczące pięciu cech osobowości (neurotyzmu, ekstrawersji, otwartości na doświadczenia, ugodowości i sumienności). Stwierdzono negatywną korelację między cechami neurotyzmu i przestrzegania zaleceń terapeutycznych, podczas gdy zarówno cechy ugodowości, jak i sumienności były dodatnio związane z dobrą współpracą z pacjentem. Badanie wykazało, że cechy osobowości są istotne dla przestrzegania zaleceń terapeutycznych u pacjentów z chorobą przewlekłą.

W naszym ośrodku badaliśmy cechy osobowości u ponad 100 pacjentów z IBD, stwierdzając u nich więcej wskaźników cech temperamentu afektywnego w porównaniu z ogólną populacją Polski. Najczęstszym połączeniem afektywnych cech był charakter depresyjny, cyklotymiczny i lękowy. Odnotowano istotną ujemną korelację między jakością życia we wszystkich dziedzinach kwestionariusza IBDQ i cech temperamentu afektywnego.

Uzyskane wyniki potwierdziły, że cechy temperamentu afektywnego mają negatywny wpływ na jakość życia pacjentów z IBD. Może to być wykorzystane do skoncentrowania wysiłków w celu edukowania i wsparcia chorych z wysokim ryzykiem braku współpracy (tab. 2).

Tabela 2. Wskazówki praktyczne dla pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit [3]

Porozumienie lekarz – pacjent; uzyskanie zaufania pacjenta	<ul style="list-style-type: none"> • uważne słuchanie, empatia • zwracanie uwagi na stan emocjonalny pacjenta i wyrażanie zainteresowania jego problemami • pytania otwarte
Dostarczenie wystarczających informacji o chorobie	<ul style="list-style-type: none"> • należy przedstawić konieczne ograniczenia związane z chorobą • wiele osób cierpiących na choroby przewlekłe wykazuje nierealne oczekiwania co do wyzdrowienia • wzmocnienie przekonania o konieczności zażycia leku, które w czasie remisji wyraźnie spada
Poczucie zdobycia kontroli nad chorobą	<ul style="list-style-type: none"> • schemat kolejnych wizyt oraz propozycja monitorowania stanu pacjenta zapewniłyby pacjentowi poczucie ciągłości leczenia • duże znaczenie ma dostępność badań i lekarza specjalisty
Uzyskanie akceptacji choroby przewlekłej	<ul style="list-style-type: none"> • akceptacja konieczności stosowania leków przez długi okres, nawet wtedy, gdy obserwuje się tylko niewielką poprawę kliniczną lub brakuje ewidentnych objawów chorobowych • właściwa motywacja rozpoczęcia terapii może warunkować długość jej trwania
Udział pacjenta w kontroli leczenia	<ul style="list-style-type: none"> • ponad połowa chorych wykazuje chęć do samodzielnego modyfikowania terapii w razie potrzeby • aktywizacja pacjenta często pozwala uniknąć czekania na wizytę lekarską lub odwiedzania lekarza na przykład w podróży
Rozważyć potrzebę wprowadzenia terapii psychologicznej	<ul style="list-style-type: none"> • możliwość współistnienia zwykle skąpoobjawowych zaburzeń psychiatrycznych (takich jak depresja, stany lękowe, somatyzacja lub symulacja choroby)
Opieka interdyscyplinarna	<ul style="list-style-type: none"> • lekarz pierwszego kontaktu, gastroenterolog, dietetyk, chirurg • współpraca z psychologiem, pracownikiem socjalnym, pielęgniarką
Społeczne grupy wsparcia	<ul style="list-style-type: none"> • np. POL-ILKO (Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią) • J-Elita (Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita)

Współpraca z pacjentem w programach przesiewowych na przykładzie programu profilaktyki raka jelita grubego (RJG)

Pięcioletnie przeżycie dla raka jelita grubego rozpoznanego we wczesnym stadium (TNM 0 i 1) jest większe niż 90 proc. Niestety, w Stanach Zjednoczonych tylko 40 proc. nowotworów jest diagnozowanych na tym etapie. W Polsce liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego, podobnie jak liczba zachorowań, wzrosła ponad 1,3 razy w latach 1999–2011. Polska charakteryzuje się najdynamiczniejszym wzrostem liczby zachorowań na RJG i wyższym współczynnikiem umieralności w porównaniu z innymi państwami europejskimi.

Sekwencja rozwoju raka z gruczolaka pozwala na interwencję na etapie zmian przednowotworowych. Dane o zmniejszeniu śmiertelności na RJG do 50 proc. potwierdzają korzyści płynące z różnych programów przesiewowych [5].

Mimo wielu wysiłków w kierunku poprawy świadomości społeczeństwa o przesiewowych kolonoskopiach niestety więcej niż połowa populacji docelowej nie została przebadana. W Polsce na screening zgłasza się jedynie 25-35 proc. zaproszonych osób. Celem wielu badań jest ocena postrzegania tych programów i istniejących barier, które nadal istnieją po tak wielu latach promocji społecznych.

W jednym z badań oceniono za pomocą ankiety populację 2 tys. mieszkańców Brooklynu w Nowym Jorku [5]. Okazało się, że ból i dyskomfort oraz obawa przed powikłaniami były główną przyczyną rezygnacji z poddania się kolonoskopii. Po pierwszej kolonoskopii strach przed powikłaniami znacznie się obniżał, ale strach przed bólem i dyskomfortem wzrastał. Duże znaczenie miały także utrudnienia związane z przygotowaniem jelita do badania.

Odsetek osób przebadanych jest niższy wśród osób z niższym wykształceniem, innej rasy niż kaukaska, z brakiem ubezpieczenia zdrowotnego, niedawnych imigrantów do Stanów Zjednoczonych.

98 proc. uczestników wskazało, że informacje o kolonoskopii w formie wideo lub broszury byłyby pomocne w podjęciu decyzji o konieczności poddania się kolonoskopowym badaniom przesiewowym.

Autorzy tej pracy proponują następujące sposoby poprawy realizacji programu badań przesiewowych [5]:

- ♦ włączenie lekarzy rodzinnych w programy edukacyjne o badaniach przesiewowych;
- ♦ obawy przed powikłaniami powinny być rozwiane z wykorzystaniem informacji o badaniu i podaniu dokładnych danych statystycznych;
- ♦ ból podczas badania powinien być zminimalizowany, podobnie jak dyskomfort związany z przygotowaniem do badania (znieczulenie, nowe skuteczne preparaty przeczyszczające);
- ♦ w materiałach informacyjnych szczególna uwaga powinna być zwrócona na profilaktyczne znaczenie polipektomii.

Okazuje się, że odsetek osób korzystających z przesiewowych badań u krewnych pierwszego stopnia chorych na RJG jest także bardzo niski - jedynie 23 proc. [6]. Lepsza współpraca z pacjentem była związana z cechami społeczno-demograficznymi (starszy wiek, rodzeństwo osób chorych, posiadanie małżonka, wyższy poziom edukacji i dochodów) i zmiennymi behawioralnymi (zdrowszy styl życia, korzystanie z innych programów profilaktyki zdrowotnej). Mniejsza współpraca z pacjentem występowała u osób palących papierosy, otyłych i o niższym poziomie wiedzy o RJG. Na decyzję o poddaniu się badaniom najbardziej wpływali lekarze rodzeni i krewni, natomiast takiego wpływu nie mieli przyjaciele, sąsiedzi ani przywódcy religijni [6].

Przyszłe interwencje należy skupić na promowaniu pozytywnych postaw, pokonywaniu barier i zwiększeniu społecznego poparcia. Szczególne wysiłki powinny być skierowane na młodych krewnych osób z RJG, dzieci osób chorych na RJG, samotnych, bezdzietnych, osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, a także na tych, którzy nie mają w zwyczaju korzystać z medycyny prewencyjnej.

Jak wykazało powyższe badanie, personel medyczny może odgrywać kluczową rolę w zwiększaniu współpracy z pacjentem w badaniach przesiewowych. Wiemy, że rozmowa o badaniu przesiewowym zwykle zaczyna się na poziomie lekarza rodzinnego, jednak nieznane są szczegóły, jak taka rozmowa ma wyglądać.

W Stanach Zjednoczonych Preventive Services Task Force zaleciło zastosowanie świadomego i wspólnego procesu podejmowania decyzji o badaniach przesiewowych, tzw. podejścia 5A (assess, advise, agree, assist, arrange) [7]. Podejście to obejmuje: ocenę kwalifikacji pacjenta do badań przesiewowych (assess), doradztwo w kwestii rodzaju badania przesiewowego (advise), uzyskanie zgody pacjenta i omówienie planu działania (agree), pomoc w uzyskaniu dostępu do badania przesiewowego (assist) oraz organizację nadzoru (arrange). Prawdopodobieństwo udziału w skreeningu zwiększało się wraz z zastosowaną liczbą kroków A. Pacjenci, których wizyta obejmowała trzy kroki lub więcej kroków, byli znacznie bardziej skłonni do skorzystania z badań przesiewowych [7].

Współpraca z pacjentem w programach nadzoru na przykładzie przełyku Barretta

Programy nadzoru w gastroenterologii dotyczą wielu chorób, w tym polipów jelita grubego i zespołów genetycznych ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworów przewodu pokarmowego (np. FAP - rodzinna polipowatość gruczolakowata) i dziedzicznego zapalenia trzustki, w którym pacjenci powinni być poddawani badaniom w kierunku gruczolakoraka trzustki, począwszy od 40. roku życia, oraz krewnych osób chorych na nowotwory (m.in. żołądka i trzustki).

Przełyk Barretta (Barrett's esophagus, BE) jest stanem przedrakowym dla gruczolakoraka przełyku (esophageal adenocarcinoma, EAC). Ryzyko wystąpienia EAC jest 30-50 razy wyższe wśród pacjentów z BE. Wyniki badań wykazują, że można zmniejszyć ryzyko związane z EAC, gdy dojdzie do wykrycia dysplazji lub raka we wczesnym stadium, i podjąć leczenie.

Aktualne wytyczne polskich i zagranicznych towarzystw zalecają nadzór polegający na wykonywaniu kontrolnych gastrokopii z pobraniem wycinków co 3-5 lat u pacjentów z BE bez dysplazji, co 3-6-12 miesięcy u pacjentów z dysplazją (w zależności od stopnia dysplazji) lub interwencję endoskopową (ablacja z użyciem energii o częstotliwości fal radiowych - HALO). Stwierdzono stosunkowo niską zgodność nadzoru

Tabela 3. Charakterystyka jakości życia pacjentów oraz wpływ monitoringu endoskopowego na HRQL w chorobie refluksowej i przełyku Barretta

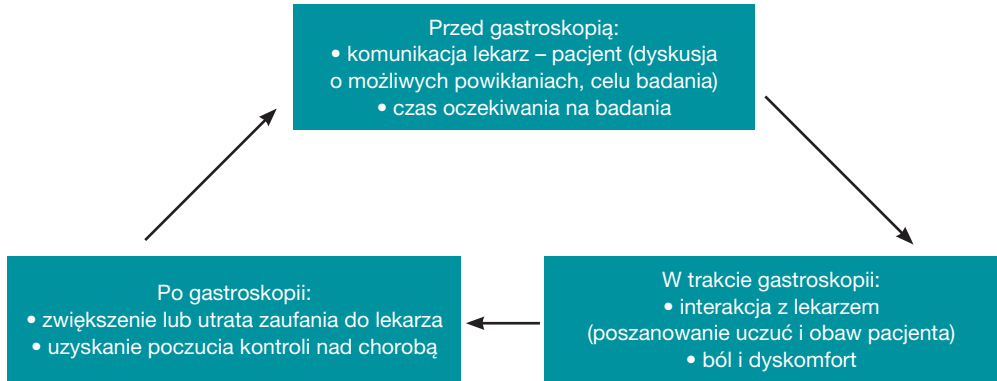
Refluks wpływa na wszystkie elementy codziennego życia, w tym np. na spotkania towarzyskie lub zaburzenia snu
HRQL w GERD niższa niż w zapaleniu stawów, nadciśnieniu i chorobie niedokrwiennej mięśnia sercowego
Ryzyko przemiany nowotworowej w przełyku Barretta – pacjenci mają tendencję do przeszacowania tego ryzyka (68 proc. przecenia ryzyko rozwoju raka)
Konieczność monitoringu – uciążliwe, nieprzyjemne badania
Wraz z powtarzaniem procedurami rośnie ryzyko powikłań; wyższe koszty leczenia i badań
60 proc. badanych uznało gastroskopię za uciążliwą, 47 proc. zgłosiło ból gardła, 14 proc. uznało procedurę za bolesną
W tygodniu poprzedzającym badanie występowały wzmożony niepokój, przygnębienie, stres
Objawy bardziej nasilone u osób określających ryzyko rozwoju raka za wysokie

z wytycznymi (23 proc.). Zwrócono uwagę na doświadczenia pacjentów przed badaniem gastroskopowym i po nim (EGD) oraz na to, jak mogą one kształtować nastawienie do kontynuowania nadzoru.

Zapamiętane przez pacjentów aspekty gastrokopii podzielono na te przed badaniem, w jego trakcie i po zabiegu (rys. 1).

Autorzy zalecają ocenę doświadczeń pacjentów w ośrodkach przeprowadzających programy nadzoru i dążenie do poprawy na wszystkich etapach przed badaniem, w jego czasie i po zabiegu. Poniżej znajdują się opracowane przez autorów wskazówki użyteczne w interwencjach w celu poprawy nadzoru gastroskopowego [9]:

1. Należy pomóc pacjentowi zrozumieć jego własne ryzyko rozwoju raka; proponuje się porównywanie tego ryzyka do innych częstych chorób, zaproszenie członków rodziny do dyskusji o tym ryzyku;
2. Lekarze powinni pytać o emocje i uczucia pacjentów powstałe podczas omawiania ryzyka zachorowania na raka i zachowań profilaktycznych;
3. Formy dyskusji o ryzyku raka powinny zostać przybliżone lekarzom w postaci standardowych instrukcji/skryptów. Ma to na celu zmniejszanie lęku i niepewności chorych i w rezultacie poprawę rozumienia istnienia ryzyka raka i zastosowanie się do zaleceń;
4. Wspomnienia pacjentów z EGD wpływają na ich decyzje o udziale w nadzorze, należy zatem minimalizować dyskomfort podczas gastrokopii – proste działania zmierzające do złagodzenia dolegliwości lub dyskomfortu mogą zmniejszyć negatywne wspomnienia z EGD.



Rysunek 1. Doświadczenia pacjenta związane z badaniem gastroskopowym według [7]

Podsumowanie

Należy pamiętać, że w postępowaniu z chorym priorytety, poglądy i uczucia pacjenta zawsze powinny być uwzględniane. Wpłyne to korzystnie na realizację zaleceń zarówno w przyjmowaniu leków, jak i w korzystaniu z programów prewencyjnych.

Mimo że w codziennej praktyce brakuje czasu na ocenę psychologicznego i społecznego aspektu choroby, te właśnie tematy stają się coraz ważniejsze. Kierunki badań we współczesnej literaturze psychologicznej i medycznej dotyczą sposobów radzenia sobie ze stresem, czyli tzw. wzorów zachowania, sposobów radzenia sobie pacjenta z chorobą i zależności osobowościowych. Przyszłością może się okazać konstruowanie profili osobowościowych typowych dla danej jednostki chorobowej.

Pytania kontrolne

1. Proszę wymienić sposoby poprawy współpracy z chorym na nieswoiste choroby zapalne jelit.
2. Jakie są przyczyny niezgłaszania się pacjentów na przesiewowe badania profilaktyczne w kierunku wykrywania raka jelita grubego?
3. Czy jesteśmy w stanie poprawić jakość życia pacjentów, którzy muszą pozostać pod nadzorem endoskopowym?

Warto przeczytać

1. Drossman D.A., Leserman J., Li Z.M., Mitchell C.M., Zagami E.A., Patrick D.L.: The rating form of IBD patient concerns: a new measure of health status. *Psychosom. Med.*, 1991; 53(6): 701-712.

2. Devlen J, Beusterien K, Yen L, Ahmed A, Cheifetz A.S., Moss A.C.: Barriers to mesalamine adherence in patients with inflammatory bowel disease: a qualitative analysis. *J. Manag. Care Pharm.*, 2014; 20(3): 309-314.
3. Axelsson M, Brink E, Lundgren J, Lötval J.: The influence of personality traits on reported adherence to medication in individuals with chronic disease: an epidemiological study in West Sweden. *Plos. One*, 2011; 6: e18241.
4. Mokrowiecka A., Małecka-Panas E.: Współpraca pacjenta w leczeniu chorób przewodu pokarmowego. *Med. Dypl.*, 2008; wyd. specj., supl. 03: 21-24.
5. Ghevariya V., Duddempudi S., Ghevariya N., Reddy M., Anand S.: Barriers to screening colonoscopy in an urban population: a study to help focus further efforts to attain full compliance. *Int. J. Colorectal. Dis.*, 2013; 28: 1497-1503.
6. Bronner K., Mesters I., Weiss-Meilik A., Geva R., Rozner G., Strul H., Inbar M., Halpern Z., Kariv R.: Determinants of adherence to screening by colonoscopy in individuals with a family history of colorectal cancer. *Patient Educ. Couns.*, 2013; 3: 272-281.
7. Elston Lafata J., Cooper G., Divine G., Oja-Tebbe N., Flocke S.A.: Patient - physician colorectal cancer screening discussion content and patients' use of colorectal cancer screening. *Patient Educ. Couns.*, 2014; 94: 76-82.
8. Arney J., Hinojosa-Lindsey M., Street R.L. Jr., Hou J., El-Serag H.B., Naik A.D.: Patient experiences with surveillance endoscopy: a qualitative study. *Dig. Dis. Sci.*, 2014; 59: 1378-1385.
9. Hinojosa-Lindsey M., Arney J., Heberlig S., Kramer J.R., Street R.L. Jr., El-Serag H.B., Naik A.D.: Patients' intuitive judgments about surveillance endoscopy in Barrett's esophagus: a review and application to models of decision-making. *Dis. Esophagus.*, 2013; 26(7): 682-689.

6. Psychiatria

prof. dr hab. n. med. Marek Jarema

III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Wstęp

Problem współpracy chorych, czyli przestrzegania (a raczej nieprzestrzegania) zaleceń terapeutycznych podczas leczenia ich dolegliwości, jest uniwersalny dla całej medycyny i we wszystkich dziedzinach stanowi nie lada przeszkodę na drodze do uzyskania pełnej poprawy stanu chorego. W odniesieniu do zaburzeń psychicznych najczęściej używa się argumentu, że chorzy z tymi zaburzeniami źle współpracują podczas leczenia, ponieważ nie mają poczucia choroby. Jest to pogląd dość rozpowszechniony, ale niekoniecznie prawdziwy, ponieważ jedynie w nielicznych zaburzeniach psychicznych występuje brak poczucia choroby; w większości z nich to poczucie jest zachowane, a czasami nawet wyolbrzymione. Gdyby rzeczywiście za nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych odpowiadał bezkrytycyzm chorobowy, nie współpracowaliby przede wszystkim chorzy na schizofrenię i inne zaburzenia urojeniowe, podczas gdy wszyscy inni chorzy współpracowaliby w pełni. A tak nie jest.

Czynniki, które kształtują stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez chorego w przypadku leczenia zaburzeń psychicznych (chodzi tu głównie o leczenie farmakologiczne), można ująć następująco:

- ♦ wgląd chorobowy (poczucie choroby),
- ♦ zrozumienie potrzeby leczenia,

- ♦ wiara, że leczenie przyniesie oczekiwany skutek,
- ♦ gotowość na godzenie się na niedogodności związane z leczeniem w imię potrzeby realizacji celu ostatecznego - wyleczenia,
- ♦ efektywność terapii,
- ♦ zgodność między oczekiwaniami chorego a celem terapii ustalonym przez lekarza,
- ♦ akceptacja ograniczeń medycznych związanych z możliwością wyleczenia,
- ♦ wsparcie rodziny i otoczenia chorego.

Jak wynika z powyższego zestawienia, istnieje wiele czynników - nazwijmy je pozamedycznymi - które kształtują postawy chorych wobec leczenia, a na które lekarz ma niewielki wpływ. Schematycznie można to przedstawić następująco:

Tabela 1. Czynniki kształtujące przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorego w przypadku leczenia zaburzeń psychicznych

CZYNNIKI, NA KTÓRE LEKARZ MA WPŁYW	CZYNNIKI, NA KTÓRE LEKARZ NIE MA WPŁYWU
Właściwe rozpoznanie	Rodzaj choroby
Wybór leku, dawki i okresu leczenia	Wiek i płeć chorego
Monitorowanie przebiegu leczenia	Schorzenia współistniejące
Zwalczanie objawów niepożądanych leku	Używanie substancji psychoaktywnych
Kształtowanie postawy chorego wobec leczenia	Indywidualna podatność na terapię
Edukacja chorego i rodziny	
Kształtowanie postaw otoczenia	

Brak współpracy lub niewystarczająca współpraca bywają różnie definiowane. W odniesieniu do zaburzeń psychotycznych posługujemy się definicją udokumentowanego uporczywego braku współpracy. Definicja ta została przygotowana ze względu na wymogi wskazań refundacyjnych w przypadku niektórych leków przeciwpsychotycznych, ale można ją potraktować bardziej uniwersalnie.

Przez uporczywy udokumentowany brak współpracy chorego w leczeniu należy rozumieć długotrwałe (trwające co najmniej cztery tygodnie) i utrzymujące się mimo prób zmiany postępowania chorego co najmniej jedno z poniższych zachowań:

- ♦ Niestosowanie się chorego do zaleceń lekarza w zakresie przyjmowania leku w zaleconej dawce i w zalecony sposób. Przez zalecenia lekarza rozumie się poinformowanie chorego o konieczności i sposobie leczenia (czyli wyboru leku, jego dawkowania i formy podawania);

- ♦ Stosowanie leków i ich dawek niezgodnych z zaleceniem lekarza;
- ♦ Dokonywanie przerw w przyjmowaniu leków, które nie są zalecane przez lekarza ani medycznie uzasadnione;
- ♦ Niezgłaszanie się na kolejne wizyty do lekarza w sytuacji, gdy powoduje to niezalecane zmiany w przyjmowaniu leków (Jarema M.: Zalecenia stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji, 31.01.2012).

Definicja ta jest bardzo restrykcyjna, bowiem nie tylko brak współpracy, lecz także niedostateczna współpraca (czyli taka, która nie mieści się w powyższej definicji) jest ogromnym problemem w przypadku leczenia zaburzeń psychicznych.

Przyczyn braku lub niedostatecznej współpracy podczas leczenia zaburzeń psychicznych należy się dopatrywać przede wszystkim w postawach chorych wobec problemów zdrowia psychicznego. Mogą one przybierać różne formy:

- ♦ negowanie choroby (bezkrytycyzm chorobowy),
- ♦ formalne poczucie choroby (pacjent przyznaje lekarzowi rację, ale nie wierzy w to, że jest chory),
- ♦ rzeczywiste poczucie choroby (chory przyznaje lekarzowi rację i jest przekonany, że jest chory),
- ♦ przesadne poczucie choroby (pacjent uważa się za chorego, mimo iż lekarz ma co do tego wątpliwości),
- ♦ nierealne (urojeniowe) poczucie choroby (pacjent uważa się za chorego, podczas gdy lekarz choroby nie rozpoznaje).

Ogromne znaczenie dla współpracy podczas leczenia zaburzeń psychicznych ma relacja lekarza z pacjentem. Nawiązanie dobrego kontaktu z chorym, potraktowanie pacjenta jako uczestnika (a nie przedmiotu) postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, wyjaśnienie celowości podejmowanych działań, w tym przedstawienie planu leczenia, znacznie poprawiają gotowość pacjenta do współpracy w leczeniu. Nie bez znaczenia jest też odpowiednia relacja pacjenta i lekarza z rodziną chorego. Należy pamiętać, że to członkowie rodziny mają największy wpływ na decyzje pacjenta, także w kwestii współpracy w leczeniu. Najskuteczniejsze leczenie może się okazać porażką, jeżeli otoczenie pacjenta będzie kwestionowało wiedzę i doświadczenie lekarza, a także wybór metod leczenia i ich potencjalną skuteczność. W psychiatrii, podobnie jak w innych dziedzinach medycyny, rola tzw. prawd obiegowych dotyczących leczenia zaburzeń psychicznych jest ogromna.

Ostatnio za źródło wszelkich mądrości dotyczących zarówno diagnozowania, jak i leczenia chorób jest uważany internet. Łatwość dostępu do informacji zawartych w sieci sprawia, że większość pacjentów, usłyszawszy od lekarza diagnozę

swojej choroby i otrzymawszy zalecenia co do jej leczenia, natychmiast konfrontuje tę wiedzę z treściami zamieszczonymi w internecie. Mniejsze zło, kiedy wiedzę pacjenci czerpią z w miarę autoryzowanych publikacji o charakterze encyklopedycznym. Zdecydowanie gorzej jest, gdy opierają się na informacji od innych użytkowników sieci, np. z blogów, czatów oraz portali społecznościowych. Należy pamiętać, że informacje tam zawarte to głównie subiektywne relacje poszczególnych osób, ani nieopatrzone fachowym komentarzem, ani nieautoryzowane przez profesjonalistów. Poza tym można odnieść wrażenie, że większość wpisów na takich stronach internetowych dokonują osoby chcące zasygnalizować problem, niedoskonałość, niezadowolenie albo krytyczny pogląd wobec określonych działań medycznych. Dlatego tak ważne jest, aby być zawsze przygotowanym na dyskusję z pacjentem o możliwych problemach wynikających z leczenia jego choroby. Rozmowa taka zaczyna się zwykle tak: „...w internecie napisali, że ten lek powoduje...” albo „...w internecie czytałem, że w przypadku takiej choroby najlepiej stosować...”. Czasami niestety pacjent odmawia zastosowania się do zaleceń lekarza, bo wyczytał w internecie, że „od tego leku się łysieje, wysycha rdzeń albo można się czuć jak roślina”. Inwencja internautów w tym zakresie jest nieograniczona, a szkody poczynione pacjentowi mogą być znaczne.

Mówiąc o niewystarczającej współpracy lub jej braku, trzeba pamiętać, że poruszamy się w temacie nie tylko trudno definiowalnym, lecz także niełatwym do obiektywnej oceny. Wprawdzie dysponujemy różnymi metodami oceny współpracy chorego podczas leczenia, ale żadna z nich nie jest idealna.

Za bardzo dobrą miarę współpracy w leczeniu farmakologicznym można uznać pomiar poziomu leku w surowicy. W psychiatrii taką metodą posługujemy się rutynowo, oceniając terapię solami litu: stężenie litu w surowicy musi być regularnie oceniane, gdyż od jego wysokości zależy skuteczność leczenia. Zdecydowanie rzadziej stosuje się pomiary stężenia innych leków, np. pochodnych kwasu walproinowego w celu oceny, czy chory (głównie na chorobę afektywną dwubiegunową) przyjmuje lek. Można też weryfikować stężenie leków przeciwpsychotycznych, przede wszystkim klozapiny. Poza pomiarem stężenia litu w surowicy oceny stężenia innych leków są kosztowne i wykonywane jedynie przez nieliczne laboratoria. Dlatego taka ocena współpracy podczas leczenia, mimo że najlepsza z dostępnych, jest rzadko stosowana.

Inne metody oceny współpracy w leczeniu zaburzeń psychicznych to:

- ♦ informacje od pacjenta,
- ♦ informacje od osób bliskich pacjentowi,
- ♦ dystrybucja leku (przez osobę drugą),
- ♦ liczenie tabletek i/lub zużytych opakowań,
- ♦ rejestracja otwarcia fiolki z lekiem poprzez system elektroniczny.

Żadna z tych metod nie jest wystarczająco obiektywna. Aby poprawić współpracę chorego podczas leczenia, można stosować inne niż tradycyjne tabletki postaci leku: tabletki łatwo rozpuszczalne (dostępne w tej postaci są niektóre leki przeciwpsychoetyczne), roztwory lub iniekcje leku.

Z perspektywy lekarza w ocenie współpracy chorego dotyczącej przyjmowania leków psychotropowych może być pomocny opracowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne kwestionariusz (zob. załącznik nr 1).

Wypróbowaną metodą poprawy współpracy podczas leczenia głównie zaburzeń psychotycznych jest stosowanie leków o przedłużonym działaniu (potocznie określanych jako depot). Leki te są podawane w iniekcjach domięśniowych w odstępach co 2-4 tygodnie, zapewniając stabilny poziom leku w organizmie, a jednocześnie uwalniając pacjenta od codziennej rutyny przyjmowania tabletek doustnie.

Zaburzenia psychotyczne (schizofrenia i zaburzenia urojeniowe)

Uważa się, że główną przyczyną braku współpracy chorych na schizofrenię i podobne schorzenia jest brak wglądu w chorobę (zob. wyżej). Dość częstym objawem u chorych na schizofrenię jest wrogość, niekiedy połączona z agresją. Nic dziwnego, że w takich stanach pacjenci z reguły negują potrzebę leczenia i nie zgadzają się na nie. Należy pamiętać, że odpowiednie regulacje prawne, przede wszystkim Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. (z późniejszymi zmianami), zezwalają zarówno na przymusowe podawanie leków, jak i formę przymusu bezpośredniego stosowanego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. Musi jednak zostać spełniony jeden z poniższych warunków: zamach przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu albo innych bądź bezpieczeństwu publicznemu, gwałtowne niszczenie przedmiotów, poważne zakłócanie funkcjonowania podmiotu leczniczego. Co prawda przymusowe stosowanie leku trudno nazwać formą poprawy współpracy pacjenta podczas leczenia, ale często się zdarza, że osoba z zaburzeniami psychicznymi odmawiająca zgody na leczenie po przymusowym zastosowaniu leku zmienia zdanie i zaczyna współpracować.

Ryzyko pogorszenia się lub braku współpracy niesie także zła tolerancja leków przeciwpsychoetycznych. Jak wiadomo, leki te mogą wywoływać przykre objawy uboczne: neurologiczne (drżenie, wzrost napięcia mięśniowego, dyskinezy, akatyzja), ogólne (hipotonia, omdlenia, tachykardia), metaboliczne (przyrost masy ciała, hiperglikemia, dyslipidemia), wynikające z działania antycholinergicznego (suchość w ustach, zaburzenia widzenia, zaparcia, tachykardia), psychiczne (sedacja, spowolnienie, upośledzenie funkcji poznawczych, zaburzenia libido). Poważnym problemem mogą być późne dyskinezy po stosowaniu neuroleptyków. Wszystkie te objawy są niezwykle uciążliwe dla chorego i mogą skutkować pogorszeniem się współpracy: pacjent przestaje przyjmować leki, zmniejsza ich dawkę albo stosuje niemedyczne formy niwelowania przykrych doznań związanych z objawami

ubocznymi. Ten ostatni sposób stosowany przez chorych wbrew zaleceniom lekarskim jest szczególnie niebezpieczny. Zalicza się tu nadmierne palenie wyrobów tytoniowych, picie alkoholu oraz przyjmowanie narkotyków. Każde z tych zachowań prowadzi do pogorszenia się stanu pacjenta. Nawet palenie tytoniu, uznawane przez niektórych pacjentów za niewinny nałóg, sprzyja obniżaniu poziomu leków przeciwpsychotycznych, co prowadzi do ograniczania ich skuteczności. Alkohol i narkotyki nie tylko pozornie łagodzą objawy ubocznego działania neuroleptyków, lecz także wyraźnie pogarszają stan pacjenta i sprawiają, że leczenie takich chorych jest trudniejsze.

Jedną z lepszych i powszechnie stosowanych metod poprawy współpracy w leczeniu zaburzeń psychotycznych jest stosowanie leków przeciwpsychotycznych o przedłużonym działaniu, co zostało omówione wcześniej.

Zaburzenia afektywne

Mimo że jednym z bardziej typowych objawów depresji jest silne poczucie choroby, współpraca w leczeniu tych pacjentów pozostawia wiele do życzenia. Częściowo brak współpracy w leczeniu depresji można tłumaczyć zniechęceniem, spowolnieniem psychoruchowym, brakiem perspektyw, brakiem przekonania, że w chorobie tej można pacjentowi pomóc. Niewątpliwie niektórzy pacjenci zgłaszający myśli i tendencje samobójcze mogą świadomie unikać leczenia, co należy traktować jako formę karania się za rzekome grzechy (skutek urojeń depresyjnych). Natomiast bezwzględnie trzeba pamiętać o tym, że brak współpracy w leczeniu depresji może mieć dramatyczne konsekwencje. Jak wiadomo, najpoważniejszą konsekwencją depresji jest próba samobójcza, dlatego nie można sobie pozwolić na lekceważenie problemów współpracy pacjenta depresyjnego w leczeniu.

Efekt działania leków przeciwdepresyjnych pojawia się dopiero po 10–14 dniach od chwili rozpoczęcia ich podawania. Jest to okres trudny dla chorego, ponieważ często nie rozumie on, dlaczego leczenie nie przynosi szybkich rezultatów. Należy chorego poinformować, że jest to zjawisko normalne, nie oznacza, że lek nie działa, tylko że organizm musi się przystosować do jego działania – to tłumaczenie niezbyt naukowe, ale trafiające do pacjentów. Należy też chorego przestrzec przed poszukiwaniem w tym czasie porady innego lekarza, albo – co gorsza – przed samoleczeniem się za pomocą np. leków przeciwlękowych.

W stanach maniakalnych niewłaściwa współpraca w leczeniu lub jej brak jest niestety regułą. Pacjent w manii nie czuje się chory, ma podwyższony nastrój, bywa pobudzony, co absolutnie nie sprzyja nawiązaniu kontaktu terapeutycznego z takim chorym i przekonaniu go, że powinien przyjmować leki. Odmowa leczenia jest w stanach maniakalnych raczej regułą niż wyjątkiem. Niestety, odmowa leczenia skutkuje dość szybkim narastaniem niebezpiecznych objawów, np. pobudzenia, agresji, podejmowania

ryzykownych działań. Dlatego w stanach maniakalnych powinno się założyć, iż współpraca pacjenta w leczeniu będzie co najmniej dyskusyjna, wobec czego z reguły leczenie farmakologiczne pacjenta zaczyna się od podawania leków przeciwpsychotycznych w formie iniekcji, aby mieć pewność, że lek zostanie wprowadzony do organizmu. Niemniej należy pamiętać, że podstawą leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej (a z reguły stany maniakalne występują u takich właśnie chorych) jest podawanie leków normotymicznych, a te są dostępne w formie tabletek. Ocena współpracy w takim leczeniu, szczególnie w terapii solami litu, jest obowiązkowa i polega na regularnym mierzeniu poziomu litu w surowicy.

W zaburzeniach lękowych kwestia braku współpracy nie jest tak widoczna jak w manii, natomiast większym problemem jest niewłaściwa współpraca chorych. Dotyczy to przede wszystkim leków anksjolitycznych i nasennych. Chorzy często stosują te leki samodzielnie, bez konsultacji z lekarzem zwiększają ich dawki, co może prowadzić do uzależnienia. Jest to szczególnie częste w przypadku stosowania leków nasennych, zarówno pochodnych benzodiazepiny, jak i agonistów receptorów GABA. Dlatego podejmując leczenie farmakologiczne zaburzeń lękowych (w których jednak powinno się stosować przede wszystkim psychoterapię), należy dokładnie omówić z pacjentem zasady leczenia, w tym poinformować go, że najczęściej stosowane w leczeniu tych zaburzeń leki przeciwdepresyjne będą działały po pewnym czasie, a więc zaraz po rozpoczęciu leczenia pacjent nie poczuje jego korzystnych efektów. W tym czasie należy być wyczulonym na ryzyko przyjmowania przez pacjenta samowolnie anksjolityków albo leków uspokajających OTC. Takie zachowanie to też przejaw niewłaściwej współpracy.

Zaburzenia organiczne

Największym problemem u pacjentów z zaburzeniami organicznymi z punktu widzenia współpracy w leczeniu jest upośledzenie funkcji poznawczych. Sprawia ono, że chorzy nie zdają sobie sprawy ze swojego stanu, mylnie oceniają swoją sytuację i podejmują niebezpieczne dla zdrowia działania. Typowym przykładem może być pacjent otępiący, który z pewnością nie będzie współpracował w leczeniu, bo ani nie czuje się chory, ani nie rozumie, po co ma brać leki, ani nie pamięta o zasadach leczenia. W otępieniach opieka osób drugich, polegająca także na bezwzględnej kontroli przyjmowania leków przez chorego, jest absolutnie niezbędna. Brak współpracy w leczeniu zaburzeń poznawczych skutkuje ich gwałtownym pogłębieniem. W rezultacie pacjent staje się zagubiony, zdezorientowany, podejmuje działania niebezpieczne (np. gubi się, ucieka, usiłuje zjeść przedmioty niejadalne, nie rozumie niebezpieczeństwa wynikającego np. z ruchu drogowego). Wprowadźcie możliwości terapeutyczne w otępieniach są dyskusyjne, ale zaprzestanie leczenia farmakologicznego lub niewłaściwe jego prowadzenie

skutkują pogorszeniem się stanu pacjenta i pogłębieniem zaburzeń poznawczych, na co nie można pozwolić.

Uzależnienia

U chorych uzależnionych współpraca w leczeniu pozostawia wiele do życzenia. Trzeba sobie uzmysłowić, że leczenie uzależnień zawsze musi uwzględniać postępowanie zarówno farmakologiczne, jak i psychoterapię. Już samo nakłonienie pacjenta uzależnionego do podjęcia leczenia jest trudne. Wynika to z przeważającego w większości uzależnień modelu abstynencyjnego leczenia, tzn. wymogu, aby chory powstrzymał się od przyjmowania substancji uzależniającej. Jest to bardzo trudny do spełnienia warunek i często chorzy odstępują od leczenia albo nie współpracują. Dlatego alternatywny model leczenia uzależnień, np. leczenie substytucyjne, kontrolowane używanie substancji psychoaktywnych, ma większe szanse na akceptację chorego, a co za tym idzie, na poprawę współpracy. Niestety, przerywanie abstynencji i wynikające z tego konsekwencje w postaci zaprzestania leczenia są u chorych uzależnionych powszechne. Poprawę w tym zakresie mogą przynieść tylko edukacja pacjenta, stosowanie różnych form terapii oraz aktywizacja społeczna chorych.

KWESTIONARIUSZ OCENY WSPÓŁPRACY PACJENTA LECZONEGO LEKAMI PRZECIWPSYCHOTYCZNYMI (UZUPEŁNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Informacje o osobie, od której zebrano wywiad dotyczący stosowania leków

.....

Rozpoznanie Kod ICD-10: F ____.

Pacjent/pacjentka leczony/-a lekami neuroleptycznymi w następującym schemacie:

.....,

Został/-a poinformowany/-a o konieczności leczenia, jego metodzie, lekach, ich dawkowaniu i formie podawania.

W ostatnim okresie, trwającym, stwierdzono:

- | | |
|--|---------|
| 1. niestosowanie się chorego do zaleceń lekarza w przedmiocie przyjmowania leku w zalecanej dawce i w zalecony sposób; | TAK/NIE |
| 2. stosowanie leków i ich dawek niezgodnych z zaleceniem lekarza; | TAK/NIE |
| 3. dokonywanie przerw w przyjmowaniu leków, które nie są zalecane przez lekarza ani medycznie uzasadnione; | TAK/NIE |
| 4. niezgłaszanie się na kolejne wizyty do lekarza w sytuacji, gdy powoduje to niezalecane zmiany w przyjmowaniu leków; | TAK/NIE |
| 5. niewłaściwe stosowanie się do zaleceń utrzymujące się pomimo prób zmiany postępowania chorego. | TAK/NIE |

Stopień współpracy pacjenta ocenia się jako:

- właściwy
 częściowy
 brak współpracy
 uporczywy brak współpracy

Data wizyty ____/____/____

Postępowanie terapeutyczne wynikające ze stopnia współpracy pacjenta, uwzględniające dotychczasowy przebieg leczenia:

- Kontynuacja dotychczasowego leczenia ____
 Zmiana dawkowania stosowanego leku ____
 Zmiana formy podawania stosowanego leku ____
 Zmiana dotychczas stosowanego leku ____

Szczegółowe informacje dotyczące postępowania terapeutycznego:

.....

.....

.....

.....

Zalecana wizyta kontrolna za ____ tygodni.

.....
pieczętka i podpis lekarza

Pytania kontrolne

1. Który z niżej wymienionych czynników kształtujących współpracę w leczeniu nie ma większego znaczenia?
 - A. Wgląd chorobowy (poczucie choroby)
 - B. Zrozumienie potrzeby leczenia
 - C. Efektywność terapii
 - D. Wsparcie rodziny/otoczenia chorego
 - E. Refundacja leku

Odpowiedź prawidłowa: E

Uzasadnienie: To, czy lek jest refundowany, czy też nie jest, ma znaczenie dla jego dostępności, ale nie ma znaczenia w kontekście współpracy chorego podczas leczenia.

2. Cierpiący na depresję 35-letni mężczyzna jest leczony paroksetyną w dawce 60 mg/dzień (lek przeciwdepresyjny z grupy SSRI) przez trzy miesiące. Początkowo obserwowano poprawę stanu chorego, jednak od trzech tygodni pacjent

narzeka na pogorszenie samopoczucia, zniechęcenie i kłopoty w domu. Przyznał, że ostatnio wątpi w skuteczność leczenia. Najbardziej prawdopodobna przyczyna braku efektów leczenia to:

- A. Nieskuteczność paroksetyny (lek przestał działać)
- B. Niepełna współpraca podczas leczenia (SSRI mogą powodować objawy uboczne, co znacznie zniechęca chorych do kontynuowania terapii)
- C. Zbyt mała dawka leku
- D. Nietrafna diagnoza
- E. Niekorzystna interakcja między lekiem a stosowanym kosmetykiem (szampon przeciwłupieżowy, witamina A+E, krem przeciwzmarszczkowy)

Odpowiedź prawidłowa: B

Uzasadnienie: Najczęstszą przyczyną braku poprawy po SSRI jest odstawianie leku z powodu dysfunkcji seksualnych. Dawka 60 mg paroksetyny jest maksymalna, nie ma danych dotyczących interakcji paroksetyny z kosmetykami.

Warto przeczytać

1. Jarema M., Meder J.: Współpraca chorych w leczeniu zaburzeń psychicznych. Med. Dypl. 2008; suppl. 3: 34-38.
2. Jarema M., Meder J., Araszkiwicz A., Chądzyńska M.: Ocena współpracy chorych na schizofrenię w przyjmowaniu leków przeciwpsychotycznych. Program ADHES w Polsce. Wiad. Psychiatr., 2007; 10, 27-36.

7. Endokrynologia

prof. dr hab. n. med. Ewa Sewerynek, dr n. med. Michał Stuss
*Zakład Zaburzeń Endokrynnych i Metabolizmu Kostnego, Katedra Endokrynologii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Wprowadzenie

Wykazano, że ponad 50 proc. pacjentów leczonych z powodu chorób przewlekłych, w tym osteoporozy, przerywa terapię w ciągu pierwszego roku jej stosowania. Nieprawidłowe przestrzeganie przez pacjentów terapii osteoporozy zmniejsza stopień poprawy gęstości mineralnej kości (ang. *bone mineral density*, BMD) i zwiększa ryzyko złamań.

Przedmiotem zainteresowania badaczy w ciągu ostatniej dekady jest określenie czynników wpływających na stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych (*adherence*) i znalezienie sposobu eliminacji tych negatywnych, co w konsekwencji może decydować o skuteczności leczenia. Wcześniejsze badania wskazują na częste nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów leczonych z powodu osteoporozy w przypadku rzadkiego monitorowania: im dłuższe są przerwy w monitorowaniu, tym większy odsetek pacjentów przerywa terapię. Wykazano, że pacjentki monitorowane co 2 miesiące bardzo dobrze przestrzegają terapii. Z kolei w grupie pacjentek monitorowanych w sposób odpowiadający codziennej praktyce lekarskiej, czyli co 6 miesięcy, w terapii rocznej wytrzymało mniej niż 50 proc. kobiet. Warto jednak podkreślić, że jakakolwiek oznaka zainteresowania pacjentem (edukacja, opieka pielęgniarska, oznaczanie parametrów biochemicznych) poprawiała przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Momentami krytycznymi decydującymi o przerwaniu leczenia były: objawy uboczne związane z terapią, brak możliwości ciągłego kontaktu

z lekarzem prowadzącym lub przedłużenia terapii przez lekarza POZ, brak subiektywnej poprawy klinicznej oraz utrata zainteresowania badaniem.

Definicja osteoporozy i epidemiologia

Osteoporoza to choroba tkanki kostnej charakteryzująca się utratą wytrzymałości kości, co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem złamań. Na wytrzymałość kości wpływają BMD i jakość kości (jakość składnika mineralnego i macierzy, mikro- i makroarchitektura kości).

Osteoporoza to epidemia XXI w. stanowiąca poważny problem zdrowotny na świecie. W Polsce dotyczy ok. 5 mln osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, zwłaszcza po 65. roku życia. Częstość występowania tej choroby rośnie wraz z wiekiem. Za krytyczny moment u kobiet w rozwoju osteoporozy pomenopauzalnej uważa się utratę czynności hormonalnej jajników. Z uwagi na brak ochronnego wpływu estrogenów dochodzi do stopniowej utraty BMD, a w konsekwencji - wzrostu częstości złamań. Ze względu na przewlekły charakter choroby i konieczność długotrwałego leczenia bardzo istotny jest wybór optymalnej formy terapii, i to zarówno w prewencji, jak i w leczeniu. Dlatego przed jej wyborem należy wziąć pod uwagę następujące czynniki:

1. skuteczność przeciwzłamaniową leków,
2. wskazania, przeciwwskazania, choroby współistniejące i leki towarzyszące,
3. przyswajanie i suplementację witaminy D₃ oraz wapnia,
4. profilaktykę upadków,
5. przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Powikłania osteoporozy

Najpoważniejszym powikłaniem osteoporozy jest złamanie biodra, które się wiąże ze zwiększonym ryzykiem zgonu. Złamanie osteoporotyczne to złamanie niskoenergetyczne, do którego dochodzi najczęściej podczas niewielkiego urazu lub upadku z wysokości własnego ciała. W Polsce występuje ok. 300 złamań biodra na 100 tys. kobiet w wieku powyżej 50 lat. Istotne jest wybranie takiej formy terapii, by pacjenci po jej zaakceptowaniu byli zmotywani do kontynuowania leczenia, które może trwać wiele lat. Wykazano, iż po złamaniu biodra, które według obowiązujących w Polsce standardów kwalifikuje pacjenta do rozpoznania osteoporozy nawet bez wykonania badania densytometrycznego, tylko 20 proc. kobiet jest objętych leczeniem przeciwzłamaniowym. Ponadto leczenie osteoporozy jest prowadzone jedynie u 23 proc. kobiet po 55. roku życia po złamaniu nadgarstka.

Obecnie stosowane formy terapii zwiększają BMD i obniżają ryzyko złamań. Warto również pamiętać, iż ryzyko złamania w różnych odcinkach układu kostnego u osób nieprzestrzegających zaleceń terapeutycznych jest o 9-44 proc. większe w porównaniu z grupą, która tych zaleceń przestrzega.

Czynniki wpływające na efektywność terapii osteoporozy

Efektywność leczenia zależy przede wszystkim od systematyczności i wytrwałości w przyjmowaniu leku. Dowiedziono, że ok. 50 proc. pacjentów przerywa terapię osteoporozy alendronianem w ciągu pierwszego roku, ok. 20 proc. w ciągu pierwszych 4 miesięcy, a 13 proc. w ogóle nie podejmuje leczenia preparatem alendronianu podawanym doustnie codziennie. Ten problem jest niezależny od formy stosowanego leku.

W pracy Lin Li i wsp. (2012) przeanalizowano dane z historii chorób 66 tys. pacjentek leczonych z powodu osteoporozy w latach 1995-2008. Wykazano, iż bez względu na formę terapii osteoporozy najwięcej incydentów przerw w leczeniu występuje w roku pierwszym (ok. 44 proc.) w porównaniu z rokiem trzecim (ok. 16 proc.) i piątym (ok. 9 proc.) trwania leczenia. Zwrócono także uwagę, iż na przestrzeni 5 lat obserwacji zmieniło się dawkowanie bisfosfonianu na cotygodniowe, co między innymi wynikało z poszukiwania leku o coraz większej skuteczności przeciwlamaniowej i lepszej tolerancji.

Obecnie bisfosfoniany w przystępnej cenie występują także w formie comiesięcznej oraz w postaci iniekcji dożylnych co 3 miesiące i wlewów dożylnych podawanych raz w roku. Poza wyżej wymienioną grupą leków zarejestrowano lek biologiczny - denosumab - podawany podskórnie co pół roku. Nie bez znaczenia jest dokonanie wyboru takiej formy leku, by utrzymać jak najlepszy stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych, do czego niezbędne jest uwzględnienie indywidualnych preferencji pacjenta.

Dla wielu lekarzy narastającym problemem staje się kwestia przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Coraz liczniejsze badania dowodzą, że w porę przeprowadzone rozpoznanie i szybkie włączenie leczenia nie zawsze przynoszą oczekiwane rezultaty. Wyjaśnienie tego zjawiska kryje się w tym, że pacjenci jako wykonawcy zaleceń sformułowanych przez lekarza często dowolnie je interpretują i modyfikują.

O skali zjawiska mogą świadczyć wnioski z badania IPSOS Health UK Study przeprowadzonego w 2005 r. w 5 europejskich krajach. Badaniem objęto 500 lekarzy (reumatologów i lekarzy rodzinnych) oraz 502 kobiety z rozpoznaną osteoporozą pomernopauzalną. Pacjentki były w trakcie leczenia lub po leczeniu bisfosfonianami. Celem badania było poznanie różnic w postrzeganiu czynników warunkujących wypełnianie zaleceń oraz prowadzących do przerywania terapii w ocenie pacjentek i lekarzy, a także rozpoznanie czynników zwiększających motywację pacjentek do poddania się reżimowi terapii.

Wyniki w pełni uzasadniają rosnące zainteresowanie tym zagadnieniem: 60 proc. pacjentek przyjmujących bisfosfoniany raz w tygodniu oraz blisko 80 proc. przyjmujących lek codziennie przerywa leczenie przed upływem roku. Siedmiu na 10 lekarzy nie zna przyczyn, z powodu których pacjentka przerwała terapię. Wśród przyczyn lekarze na pierwszym miejscu wymieniali niedostateczne zrozumienie zasadności farmakoterapii. Pacjentki zaś wskazywały na przymus pozostawania w pozycji wyprostowanej,

efekty uboczne, przybieranie na wadze oraz zapomnianie.

Między lekarzami a pacjentkami brakuje wzajemnego zrozumienia (właściwej komunikacji) – mimo że 82 proc. lekarzy zaleca swoim pacjentkom leczenie bisfosfonianami przez okres minimum jednego roku lub dłużej, to aż 51 proc. chorych nie przypomina sobie faktu poinformowania przez lekarza o czasie trwania terapii.

Czynniki wpływające na motywowanie do przestrzegania zaleceń terapeutycznych

Wśród strategii wykorzystywanych przez lekarzy do motywowania pacjentek przeważają te opierające się na przekazywaniu wyczerpującej informacji oraz wskazywaniu zagrożeń. Tylko jeden na 10 lekarzy motywuje pacjentki, przypominając o korzyściach płynących z leczenia. W jednym z przeprowadzonych badań pacjentki wymieniły następujące motywacje: pozytywną (korzyści), którą kieruje się ponad połowa kobiet, 1/3 chorych wskazuje na wymiar pragmatyczny terapii (pomaganie sobie) i tylko 15 proc. kobiet podaje lęk przed złamaniem jako czynnik motywujący do przestrzegania reżimu terapii.

Powyższe wyniki stały się podstawą do sformułowania ogólnych zaleceń w zakresie motywowania pacjentów oraz wyznaczenia obszarów poszukiwań metod poprawiających przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Jednym ze sposobów poprawy współpracy z pacjentem jest uczynienie terapii możliwie najwygodniejszą. Jest to widoczne w staraniach skupiających się na poszukiwaniu leków złożonych lub takich, które podaje się raz na długi czas (np. bisfosfoniany w dawce raz na tydzień, miesiąc, rok czy denosumab podawany co pół roku). Wyniki badań poświęconych tym metodom świadczą o skuteczności takich schematów.

Równocześnie istnieją analizy, które wskazują, że pacjenci, wypełniając zalecenia w określony sposób, nie kierują się jedynie własną wygodą, ale przywiązują także dużą wagę do oczekiwanych i pożądaných efektów terapii.

Fakt ten jest podstawą do wdrożenia metod poprawy stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych opartych na związku lekarz – pacjent oraz poszanowaniu autonomii pacjenta. Polecana metoda wiąże się z przeprowadzeniem w trakcie rozmowy z pacjentem trzech kroków:

1. rozpoznania u pacjenta motywów, którymi się kieruje – w celu ustalenia możliwych kontrmotywów,
2. jasnego przedstawienia celów terapii i środków do ich osiągnięcia – przy zachowaniu dbałości o utrzymanie informacyjnego sprzężenia zwrotnego,
3. dyskusji z pacjentem, w czasie której należy wskazać istnienie związków między motywami pacjenta i celami terapii.

Kluczowe pozostają kwestie motywowania poprzez podkreślanie korzyści płynących z terapii i nawiązywanie do potrzeb pacjentów, a także poprawa komunikacji. W każdym

wypadku wysiłki lekarza powinny zmierzać w kierunku oddania części odpowiedzialności za leczenie pacjentowi, czyli przygotowania go do współdecydowania o wyborze terapii.

Czynniki wpływające na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w osteoporozie

Przeprowadzono wiele badań, które miały na celu określenie czynników mogących wpływać na stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Istotna wydaje się odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy i w jakim zakresie różne formy motywacji (edukacja, opieka pielęgniarska plus kontakt telefoniczny, badania biochemiczne) wpływają na poprawę systematyczności i wytrwałości w leczeniu osteoporozy?;
2. Jakie czynniki socjoekonomiczne (wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, status finansowy) odgrywają rolę w procesie edukacji?;
3. Czy przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest zależne od liczby przyjmowanych leków i częstości ich podawania?

Osteoporoza dotyczy populacji pacjentów w starszym wieku, którzy oprócz typowego leczenia zaburzeń metabolizmu kostnego stosują inne leki. Problem polipragmazji odgrywa istotną rolę w utrzymaniu terapii, ponieważ liczba tabletek przyjmowanych dziennie i ich sumaryczna cena mogą wpływać na przerywanie terapii lub selektywną eliminację leków bądź ich dawek. W praktyce lekarskiej coraz większym problemem jest stosowanie leków także w aspekcie profilaktycznym (np. kwas acetylosalicylowy, statyny) lub suplementów diety w celu „poprawy zdrowia”. Istotne jest również przyjmowanie leków, które mogą wchodzić w interakcje z lekami antyresorpcyjnymi lub zaburzać ich wchłanianie (np. inhibitorów pompy protonowej). Dla uzyskania pożądaných wyników leczenia preparaty stosowane w leczeniu osteoporozy wymagają od pacjenta zarówno dyscypliny (wytrwałości - *persistence*), jak i realizowania określonego sposobu przyjmowania leku. Stopień wchłaniania bisfosfonianów z przewodu pokarmowego wynosi zaledwie ok. 0,7 proc. Powinno się je przyjmować rano na czczo, popijając szklanką przegotowanej wody, a następnie przez godzinę nie wolno się schylać ani przyjmować pozycji horyzontalnej. Jeśli jest to możliwe, ze względu na lepsze wchłanianie leku w środowisku kwaśnym należy unikać podawania inhibitora pompy protonowej w dniu stosowania bisfosfonianu.

Wykazano, iż w przypadku stosowania codziennej formy bisfosfonianu w grupie 812 kobiet objętych leczeniem mimo kontaktu telefonicznego w ciągu 13 miesięcy obserwacji 56 proc. nie utrzymało systematyczności leczenia.

W 2 badaniach prospektywnych oceniano przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w populacjach pacjentek przyjmujących alendronian 70 raz w tygodniu.

W pierwszym badaniu przeanalizowano przestrzeganie zaleceń terapeutycznych podczas rocznego stosowania preparatu alendronian 70, monitorując pacjentki co 2 miesiące. Do badania włączono 123 pacjentki w dużym przedziale wiekowym (46-89 lat). Większość uczestniczek mieściła się w przedziale wiekowym 70-80 lat, co odpowiada populacji chorych zgłaszających się do poradni.

Uzyskane wyniki wskazywały na znaczną poprawę przestrzegania zasad terapii; około 95 proc. pacjentek systematycznie przyjmowało lek w czasie rocznej obserwacji. W grupie pacjentek, które przerwały leczenie, średnia długość przyjmowania alendronianu 70 wyniosła ok. 212 dni. Najgorsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych zaobserwowano w grupie wiekowej 70-80 lat, co może mieć różne przyczyny: 1. objawy uboczne; 2. współistniejące choroby; 3. zapominanie; 4. liczba przyjmowanych leków; 5. cena leków; 6. hospitalizacje. Najczęściej terapię przerywała grupa pacjentek z 5-letnim okresem od rozpoznania choroby.

Stosowanie alendronianu 70 wiąże się z mniejszym ryzykiem skutków ubocznych w porównaniu z preparatem alendronian 10 podawanym codziennie, a objawy nietolerancji z przewodu pokarmowego nie są częstsze niż w grupie placebo. Mimo to najczęstszym zgłaszanym objawem niepożądanym były zaburzenia z przewodu pokarmowego pod postacią zgagi lub choroby refluksowej.

W drugim badaniu oceniano stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych w trakcie rocznej terapii preparatem alendronian 70 w badaniu prospektywnym, którym objęto grupę ok. 120 kobiet monitorowanych co 6 miesięcy. Przed włączeniem leczenia preparatem alendronian 70 oraz po 6 i 12 miesiącach stosowania ww. leku przeprowadzono ankietę oraz zakwalifikowano pacjentki do jednej z czterech grup w zależności od zaproponowanych czynników motywujących:

1. wizyty rutynowe (grupa kontrolna),
2. motywacja wzmocniona poprzez edukację (grupa edukacyjna),
3. wizyty rutynowe plus opieka pielęgniarska, plus kontakty telefoniczne,
4. wizyta rutynowa plus udostępnienie wyników badań biochemicznych.

W grupie III przeprowadzono rozmowy telefoniczne w celu wypełnienia ankiety 3 i 9 miesięcy po wdrożeniu leczenia, a pacjentki miały możliwość ciągłego kontaktu z pielęgniarką. Eksperyment miał dowieść znaczenia czynników motywacyjnych w postaci edukacji, opieki pielęgniarskiej oraz badań biochemicznych wpływających na przestrzeganie terapii alendronianem 70 oraz ocenić na podstawie grupy pacjentów poddanych opiece pielęgniarskiej (wizyty co 3 miesiące, włączając kontakt telefoniczny i możliwość kontaktu z pielęgniarką), czy dominującego pozytywnego wpływu nie mają mimo wszystko krótsze przedziały czasowe między wizytami. Bardzo istotnym elementem analizy była ocena wpływu opieki pielęgniarskiej pogłębionej o dodatkowe kontakty telefoniczne, które poprawiały częstość monitorowania, na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. W ww. eksperymencie ocena przestrzegania przyjmowania

leków co 6 miesięcy lepiej odzwierciedlała realne warunki codziennej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i została uznana za wzorzec zachowań polskich pacjentów i relacji pacjent – lekarz w warunkach poradni osteoporozy oraz zróżnicowania tego wzorca zachowań i relacji w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego pacjenta.

Uwzględniono wcześniej wymienione grupy motywacyjne, a za optymalny uznano wskaźnik przyjmowania leków powyżej 80 proc. dawki zaplanowanej. Na podstawie analizy monitorowania pacjentek co pół roku można przypuszczać, iż w czasie rocznej obserwacji opieka pielęgniarska, edukacja oraz badania biochemiczne mogą odgrywać istotną rolę w utrzymaniu zarówno wytrwałości w leczeniu, jak i realizacji schematu dawkowania leku. Wydaje się, iż dominujące znaczenie mają opieka pielęgniarska i edukacja (tab. 1).

Tabela 1. Ocena czynników wpływających na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych: grupa kontrolna, grupa edukacyjna, grupa biochemiczna, grupa z opieką pielęgniarską (Sewerynek i wsp., Arch. Med. Sci. 2013)

	SYSTEMATYCZNOŚĆ > 80% (% ± SEM)	PROCENT DNI STOSOWANIA LEKU W CIĄGU ROKU (% ± SEM)	WYTRWAŁOŚĆ (LICZBA DNI ± SEM)	WYTRWAŁOŚĆ (%) – ODSETEK PACJENTÓW W TERAPII PRZEZ ROK (% ± SEM)	CZAS DO DYSKONTYNUACJI POWYŻEJ 30 DNI (LICZBA DNI ± SEM)
Kontrolna (N = 32)	37,50 ± 8,70	54,03 ± 7,36	197,00 ± 26,91	43,75 ± 8,90	185,43 ± 27,03
Edukacyjna (N = 29)	65,52 ± 9,00	75,71 ± 7,00	269,72 ± 26,95	68,97 ± 8,70	269,79 ± 26,25
Biochemiczna (N = 31)	64,51 ± 8,70	68,29 ± 7,95	249,19 ± 29,04	64,51 ± 8,70	249,19 ± 29,04
Pielęgniarska (N = 31)	61,29 ± 9,00	71,18 ± 6,87	259,71 ± 25,10	61,29 ± 6,82	259,71 ± 25,10

Analizując grupy wiekowe powyżej i poniżej 65. roku życia, nie stwierdzono różnic znamiennej statystycznie. Na podstawie uzyskanych wyników uznano, iż u podstaw nieprzestrzegania zasad terapii było pojawienie się objawów niepożądanych. Ponadto nie stwierdzono zależności między stopniem przestrzegania zaleceń terapeutycznych a wiekiem, liczbą przyjmowanych leków, aktywnością fizyczną, wykształceniem, miejscem zamieszkania, liczbą osób w rodzinie, złamaniami w przeszłości, rodzinną historią złamań, indeksem masy ciała (ang. *body mass index*, BMI) i wystąpieniem złamań w trakcie terapii.

Najczęstszą przyczyną przerywania leczenia zgłaszanego przez pacjentki były objawy niepożądane stosowanego preparatu (rys. 1), podobnie jak w poprzednich badaniach. Warto dodać, że wykształcenie nie miało wpływu na stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych.



Rysunek 1. Przyczyny przerwania leczenia osteoporozy w trakcie rocznej obserwacji, przy monitorowaniu co sześć miesięcy (Sewerynek i wsp. Arch. Med. Sci. 2013)

Chociaż wprowadzenie bisfosfonianu podawanego raz w miesiącu poprawiło przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, to wciąż jest ono dalekie od ideału. Mimo to uznano, że rzadsze podawanie leku i edukacja są najistotniejszymi czynnikami poprawiającymi przestrzeganie zaleceń. Wydaje się, że podawanie leków pozajelitowo mogłoby poprawić wytrwałość w realizacji schematu dawkowania, co potwierdzają wyniki badań.

Uważa się, że uwzględnienie preferencji pacjenta co do wyboru formy terapii może poprawić jej przestrzeganie. Z badania farmakoepidemiologicznego przeprowadzonego z udziałem ponad 600 lekarzy różnych specjalności (*Morisky Medication-taking Adherence Scale*) wynika, iż z przepisywanych przez nich leków doustnych pacjentki najczęściej wybierały bisfosfoniany przyjmowane co miesiąc (ibandronian), a najrzadziej HTZ, mającą obecnie zastosowanie tylko w osteoporozie u kobiet bezpośrednio po menopauzie z objawami wypadowymi. Ibandronian podawany co miesiąc lub dożylnie co 3 miesiące jest także alternatywnym lekiem do podawania u pacjentek przerywających leczenie z powodu objawów ubocznych z przewodu pokarmowego w trakcie terapii bisfosfonianem co tydzień. Zauważono, że po 6 miesiącach leczenia preparatem ibandronianu doustnie co miesiąc doszło do poprawy jakości życia i komfortu leczenia, jak również zmniejszyła się liczba zdarzeń niepożądanych. W innym badaniu w grupie pacjentek przyjmujących denosumab, które wcześniej nie tolerowały doustnych bisfosfonianów, uzyskano poprawę w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Denosumab jest pierwszym lekiem biologicznym stosowanym w leczeniu osteoporozy. Jest to przeciwciało przeciwko ligandowi dla RANK.

Wykazano, iż podanie denosumabu podskórnie co pół roku poprawia przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w porównaniu ze stosowaniem alendronianu co tydzień. Porównując ww. leki, uznano również przewagę denosumabu w zakresie preferencji częstości podawania preparatu, jego wygody oraz mniejszej ilości objawów ubocznych. Wykazano także, że aż 80 proc. kobiet z osteoporozą pomenopauzalną leczonych denosumabem wytrzymało w rocznej terapii.

Z punktu widzenia klinicznego przestrzeganie zaleceń terapeutycznych poniżej 66 proc. zaleconych dawek ma suboptymalny wpływ na poprawę gęstości mineralnej kości i zmniejszenie ryzyka złamań. Ponadto wykazano, iż pacjenci nieprzestrzegający zaleceń terapeutycznych są częściej hospitalizowani (53,4 proc.) w porównaniu z osobami przyjmującymi leki (42,6 proc.), a to z kolei przekłada się na wzrost kosztów opieki medycznej o 14 proc.

Podsumowanie

Wydaje się, że każda forma zainteresowania chorobą sprzyja polepszeniu relacji między pacjentem a leczącym go lekarzem. Podstawą jest nawiązanie dobrego kontaktu z chorym, wzbudzenie jego zaufania i odpowiednie zmotywowanie do podjęcia długiego leczenia. Wykazano, iż prawidłowa rozmowa pacjenta z lekarzem może poprawić stopień realizacji schematu dawkowania leku o 57 proc., a stopień wytrwałości w leczeniu o 25 proc. Dominujące czynniki poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w trakcie terapii bisfosfonianem to częstsze monitorowanie oraz opieka pielęgniarska. W obecnych realiach opieki ambulatoryjnej barierę stanowią rzadkie wizyty w poradniach specjalistycznych. Należy więc się zastanowić nad możliwością wprowadzenia co najmniej 2 pierwszych wizyt w odstępach nie rzadszych niż 3 miesiące, a następnie nad wdrożeniem dodatkowych czynników motywujących. Rolą lekarza POZ jest wyselekcjonowanie grupy wysokiego ryzyka upadków i złamań poprzez dobrze przeprowadzony wywiad i badanie przedmiotowe, a ponadto zakwalifikowanie pacjentów po złamaniu biodra lub kręgosłupa do leczenia, nawet bez wykonywania badania densytometrycznego. O wskazaniu do rozpoczęcia diagnostyki powinien decydować również stwierdzony ubytek wzrostu powyżej 4 cm, co może świadczyć o złamaniu kręgu. Istotną rolę w utrzymaniu pacjenta z osteoporozą w terapii może odgrywać redukcja liczby przyjmowanych leków, ciągła edukacja poprzez zaplanowanie szkoleń lub wykładów, przygotowanie broszur i informatorów oraz dostęp do odpowiednio zaplanowanej opieki pielęgniarskiej, która na podstawie naszych wyników wydaje się mieć dominujący wpływ. U pacjentów nieprzestrzegających zaleceń należy brać także pod uwagę alternatywną formę w stosunku do leczenia cotygodniowego, a mianowicie zażywanie bisfosfonianu doustnie co miesiąc lub podawanie leków pozajelitowo w schemacie co 3 miesiące, co pół roku lub co rok.

Pytania kontrolne

1. W jaki sposób można poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych u pacjentów z osteoporozą?
2. Jaka rolę w utrzymaniu optymalnego stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych odegrało wprowadzenie do leczenia różnych form bisfosfonianu?

Warto przeczytać:

1. Li L., Roddam A., Gitlin M. et al.: Persistence with osteoporosis medications among postmenopausal women in the UK General Practice Research Database. *Menopause*, 2012; 19(1): 33-40.
2. IPSOS Health Study. The adherence gap: why osteoporosis patients don't continue with treatment. 2005.
3. Czerwiński E., Boczoń K., Kumorek A.: Epidemiologia złamań osteoporotycznych. *Post. Nauk Med.*, 2012; 3: 206-212.
4. Sewerynek E., Malkowski B., Karzewnik E. et al.: Alendronate 70 therapy in elderly women with post-menopausal osteoporosis: the problem of compliance. *Endokrynol. Pol.*, 2011; 62(1): 24-29.
5. Sewerynek E., Horst-Sikorska W., Stepień-Kłos W. et al.: The role of counselling and other factors in compliance of postmenopausal osteoporosis patients treated with alendronate 70. *Arch. Med. Sci.*, 2013; 9(2): 288-296.
6. Sewerynek E., Dąbrowska K., Skowronska-Jozwiak E., Zygmunt A., Lewiński A.: Compliance with alendronate 10 treatment in elderly women with postmenopausal osteoporosis. *Endokrynol. Pol.*, 2009; 60(2): 76-81.

8. Pediatria

prof. dr hab. n. med. Iwona Stelmach, dr n. med. Joanna Jerzyńska
*Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii, III Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny
w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi*

Wstęp

Wszystkie dostępne dane sugerują, że częściowe wypełnianie zaleceń terapeutycznych lub ich całkowite nieprzestrzeganie przez dzieci przewlekle chore jest powszechne. Częstość tego zjawiska w populacji dziecięcej ocenia się na 30-70 proc. Ryzyko nieprzestrzegania zaleceń lekarskich rośnie wraz z wiekiem dziecka i jest najwyższe wśród nastolatków. Metody oceny stosowania się do zaleceń lekarskich u dzieci są ograniczone. Do najczęściej wykorzystywanych należą: wskaźnik MPR (*medication possession ratio*) oceniający retrospektywnie stosunek zużytych dawek leku do czasu, na jaki ten lek został przepisany; dane z aptek; kwestionariusze i ankiety [1]. Konsekwencje kliniczne nieprzestrzegania zaleceń lekarskich udokumentowano w wielu chorobach przewlekłych, takich jak: astma oskrzelowa i inne choroby alergiczne, cukrzyca, mukowiscydoza, przewlekle choroby nerek i wątroby oraz choroby onkologiczne.

Współpraca z małym dzieckiem (do 5. roku życia) zależy od współpracy lekarza z rodzicami. Wyniki badań wykazują, że ocena objawów choroby przez rodziców u tych dzieci jest bardzo indywidualna i wielokrotnie stosowane przez nich leczenie jest nieadekwatne do ich nasilenia. Często rodzice nie akceptują choroby dziecka, dlatego nie reagują prawidłowo na wczesne objawy, natomiast młodzi rodzice mają nadzieję, że obserwowane objawy ustąpią spontanicznie, bez leczenia. Szczególnie w tej

grupie wiekowej lekarz powinien przedstawić opiekunowi indywidualny schemat leczenia dziecka, a nie podawać ogólnych zasad leczenia choroby.

Współpraca z dzieckiem w wieku od 6. do 12. roku życia. Duża liczba dzieci w tym wieku może już czynnie udzielać wywiadu, dlatego pacjenci ci powinni rozumieć istotę swojej choroby i zastosować odpowiednie leki objawowe. Dzięki edukacji i zrozumieniu już w tym wieku łatwiej jest zaakceptować konieczność regularnego brania leków, zastosować się do zmian zalecanych przez lekarza, nawet jeśli oznaczają na przykład rozstanie się z ukochanym zwierzęciem.

Współpraca z nastolatkami. W tej grupie wiekowej istotne jest dokładne zrozumienie istoty choroby przez pacjenta i mechanizmów działania leków. Nastolatki powinny poznać nazwy stosowanych leków, ich dawkowanie i opracowany przez lekarza indywidualny schemat leczenia, powinny znać czas działania leku i objawy uboczne. Z badań wynika, że przynajmniej 50 proc. takich dzieci opuszcza gabinet lekarski, nie pamiętając o przekazanej im wiedzy. Dlatego wszelkie informacje (nazwy leków, instrukcje stosowania) lekarz powinien zapisać w sposób prosty, a wiedzę dziecka weryfikować podczas każdej wizyty. Ze względu na powszechną w tej grupie wiekowej negację otoczenia istotny jest sposób zadawania pytań przez lekarza, na przykład na pytanie: „Czy palisz papierosy?“, nastolatek najprawdopodobniej odpowie: „Nie”, natomiast na pytanie: „Wiele nastolatków pali, a ty palisz mniej czy więcej niż 15 papierosów dziennie?“, uspokojony pacjent może odpowiedzieć: „Mniej, około 10 papierosów”. Na inne pytanie: „Czy regularnie stosujesz zalecone leki?“, nastolatek zapewne odpowie: „Oczywiście” (zwłaszcza w obecności rodziców), jednakże jeśli lekarz zapyta: „Wiele nastolatków zapomina stosować leki - a ty stosujesz mniej czy więcej niż połowę zalecanych dawek?“, nastolatek może odpowiedzieć „Raczej stosuję więcej niż połowę”. Należy również pamiętać o wstydlivej naturze nastolatków i w możliwy sposób ograniczać im liczbę stosowanych leków. Duże nadzieje na poprawę stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich u młodzieży wiążą się z zastosowaniem aplikacji w telefonach mobilnych [2]. Przewaga tej metody nad innymi polega na komunikowaniu się pacjenta w czasie rzeczywistym, nie wymaga skomplikowanych umiejętności, jest bardzo łatwo dostępna, tania i nie wymaga użycia komputerów.

Czynniki ryzyka nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Zidentyfikowane czynniki ryzyka nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych można podzielić na trzy kategorie: 1. czynniki związane z zalecaną metodą leczenia; 2. czynniki związane z przebiegiem klinicznym choroby oraz 3. czynniki związane z zachowaniem pacjenta lub jego rodziny.

1. Czynniki związane z zalecaną metodą leczenia:

- ♦ uciążliwość zalecanych metod leczenia (np. przyjmowanie wielu leków o różnych porach dnia, leczenie wziewne lub iniekcyjne, leczenie wymuszające zmianę dotychczasowego stylu życia),
 - ♦ nieakceptowanie smaku leku,
 - ♦ obecność objawów ubocznych (np. przyrost masy ciała po leczeniu glikokortykosteroidami, narastanie dolegliwości bólowych w trakcie zalecanych ćwiczeń ruchowych),
 - ♦ niepełna, okresowa bądź niezauważalna przez pacjenta skuteczność zastosowanych metod leczenia.
2. Czynniki związane z przebiegiem klinicznym choroby:
- ♦ okresy bezobjawowe,
 - ♦ młody wiek dziecka w chwili rozpoznania choroby,
 - ♦ znaczny stopień ciężkości choroby dziecka odczuwany przez rodziców,
 - ♦ złe rokowanie,
 - ♦ brak leczenia przyczynowego (np. choroby genetycznie uwarunkowane).
3. Czynniki związane z zachowaniem pacjenta lub jego rodziny:
- ♦ problemy emocjonalne, wyraz buntu przeciwko rodzicom lub chorobie, brak zrozumienia dla choroby, nieodczuwanie potrzeby leczenia,
 - ♦ niewystarczająca ilość czasu poświęcanego dziecku,
 - ♦ nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny (nieumiejętność rozwiązywania problemów),
 - ♦ brak wsparcia socjalnego.

Wszystkie wyżej wymienione czynniki są częściowo bądź całkowicie modyfikowalne.

Specyficzne powody nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w danej jednostce chorobowej oraz przykłady skutecznych interwencji

1. Astma oskrzelowa

Przyczyny nieprawidłowego leczenia astmy leżą po stronie zarówno lekarza, jak i pacjenta. Badanie Respiratory Patients Opinions Survey (RESPONSE) wykazało, że pacjenci chorzy na astmę oskrzelową woleliby przyjmować mniej leków oraz korzystać tylko z jednego inhalatora. Z badań wynika, że pacjenci za często stosują leki szybko znoszące objawy, natomiast niechętnie – leki kontrolujące chorobę, co jest spowodowane niezajomością patofizjologii choroby i brakiem edukacji. W badaniu AIRE tylko 25,8, 32,7 i 33,5 proc. dzieci chorujących odpowiednio na astmę ciężką, umiarkowaną i lekką stosowało GKS wziewne. Dlatego dokładne poznanie umiejętności, obaw, oczekiwań i niepokojów pacjenta jest tak ważnym etapem poprzedzającym wybór leku przeciwastmatycznego oraz drogi i sposobu jego podania. Zastosowanie leków inhalacyjnych, będących podstawą

terapii w astmie, jest tylko wtedy skuteczne, kiedy leki są dostarczane w sposób ciągły, prawidłowy i w odpowiedniej dawce do dolnych dróg oddechowych [3]. Na depozycję leku w płucach wpływa wiele czynników, należą do nich m.in. współpraca dziecka podczas inhalacji, właściwy wybór masek inhalacyjnych oraz dobór odpowiedniego inhalatora. W badaniu z udziałem dzieci od 8. do 12. roku życia deklarowano stosowanie się do zaleceń lekarskich w 99 proc., podczas gdy zgodnie z zaleceniami lek przyjmowało 58 proc. chorych, natomiast jedynie 32 proc. chorych czyniło to poprawnie. Dlatego należy w sposób ciągły szkolić pacjentów, szczególnie jeśli chodzi o prawidłowość inhalacji leku, zademonstrować pacjentowi jego użycie, przećwiczyć działanie z wykorzystaniem inhalatorów demonstracyjnych. Uwzględnienie aspektów psychologicznych, stałe zachęcanie pacjentów do samokontroli, ciągle (co 4-6 tygodni) sprawdzanie poprawności techniki inhalacyjnej oraz edukacja z całą pewnością przyczyniają się do lepszej kontroli choroby.

W badaniu AIA (*Asthma in America*) lekarze i pacjenci zostali zapytani o: 1. wykonywanie w ostatnim roku badań czynności płuc; 2. zalecanie używania pikflometrów; 3. przeprowadzanie szkoleń z użycia inhalatorów; 4. opracowanie planu leczenia astmy i zaostrzeń oraz 5. wyznaczanie wizyt kontrolnych w celu oceny postępu choroby. Odpowiedzi twierdzącej na wszystkie pytania udzieliło 70-97 proc. lekarzy, natomiast tylko 27-55 proc. pacjentów udzieliło takiej odpowiedzi na 4 z 5 zadanych pytań. Dużą zgodność uzyskano tylko w odpowiedzi na pytanie dotyczące przeprowadzania szkoleń z zakresu stosowania inhalatorów: 90 proc. pacjentów i 97 proc. lekarzy odpowiedziało twierdząco. Ponad 90 proc. lekarzy uczestniczących w badaniu AIA uznało, że przewlekłe leczenie przeciwzapalne jest kluczowe w astmie - 90 proc. zgodziło się, że stosowane glikokortykosteroidy zmniejszają zapalenie, natomiast tylko 19 proc. pacjentów chorych na astmę przewlekłą potwierdziło stosowanie tych leków. Chociaż większość lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów wykazuje znajomość wytycznych leczenia astmy i większość z nich uważa, że stosuje je w praktyce, to nieliczni pacjenci są leczeni prawidłowo. Wyniki badania przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych wśród pediatrów wykazało, że lekarze są świadomi nieprzestrzegania swoich zaleceń przez pacjentów. Lekarze odpowiedzieli bowiem, że tylko 39-52 proc. dzieci realizuje ich zalecenia [4]. W powyższym badaniu pediatrizy przyznali, że nie prowadzą edukacji swoich pacjentów ani ich rodzin z wielu powodów: braku czasu, niewystarczających materiałów edukacyjnych oraz braku personelu pomocniczego. Edukacja chorych i ich rodzin zalecana przez międzynarodowe wytyczne jest niezbędnym uzupełnieniem leczenia farmakologicznego.

Przykłady interwencji

1. Przykładem skuteczności edukacji są wyniki „Programu profilaktyki chorób alergicznych” realizowanego w latach 2000-2004 w województwie łódzkim [5]. Program przeszkolił blisko 20 tys. pacjentów oraz ich rodzin w zakresie leczenia astmy i innych chorób alergicznych, co przyczyniło się do wzrostu zużycia glikokortykosteroidów wziewnych (wGKS) w regionie oraz do zmniejszenia liczby i skróce-

nia czasu hospitalizacji z powodu zaostrzeń astmy. Natomiast niekorzystny trend w leczeniu astmy, obserwowany po zakończeniu programu, może stanowić dowód związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy dostępem do opieki specjalistycznej i edukacją pacjentów a stopniem realizacji obowiązujących wytycznych dotyczących wczesnej diagnozy astmy u dzieci.

2. W naszym ośrodku przeprowadziliśmy badanie interwencyjne (wdrożenie programu edukacyjnego) u 150 dzieci chorych na astmę oskrzelową. W trakcie programu były organizowane spotkania indywidualne (4 razy w miesiącu) i grupowe (raz w miesiącu) pulmonologów, alergologów i pielęgniarek z rodzicami oraz chorymi dziećmi, podczas których omawiano patofizjologię astmy i zasady jej leczenia, metody eliminacji alergenów, uczono technik inhalowania leków i monitorowania choroby. Nasilenie objawów choroby, aktywność życiową i czynniki emocjonalne oceniono za pomocą kwestionariusza. Po roku trwania programu zaobserwowano, że blisko 60 proc. pacjentów utrzymuje dobrą kontrolę astmy przy stosowaniu mniej intensywnego leczenia (niższe dawki wGKS i/lub mniejsza liczba leków) niż przed udziałem w programie edukacyjnym. Korzystne zmiany jakości życia pod wpływem działań edukacyjnych wykazano zarówno u dzieci, które wymagały modyfikacji leczenia, jak i u dzieci, którym nie zmieniono leczenia w trakcie prowadzenia programu.

2. Mukowiscydoza

Z uwagi na zajęcie chorobą wielu narządów leczenie mukowiscydozy jest wielospecjalistyczne, a przestrzeganie zaleceń terapeutycznych wiąże się z zaangażowaniem dziecka i jego rodziny przez całą dobę. Choroba oskrzelowo-płucna wymaga skojarzonego stosowania fizjoterapii, antybiotykoterapii, mukolityków, leków rozszerzających oskrzela i leków przeciwzapalnych. Zmiany w układzie oddechowym i ich dynamika decydują o długości i jakości życia chorych na mukowiscydozę. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych, m.in. z powodu przekonania o wyleczeniu, co wynika również z doświadczeń naszego ośrodka, jest jedną z głównych przyczyn późnego odrzucenia przeszczepu płuc i w następstwie zwiększonej śmiertelności [6].

Wydaje się, że w Polsce dzieci chore na mukowiscydozę i ich rodziny są prawidłowo edukowane. Prowadzone są szkolenia i konferencje organizowane przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą oraz fundację MATIO. Materiały informacyjne dotyczące choroby są dostępne również w formie różnych broszur i poradników przygotowanych przez profesjonalistów oraz na poświęconych mukowiscydozie portalach internetowych. Pacjenci i ich rodziny są edukowani indywidualnie w trakcie wizyt i podczas hospitalizacji w ośrodkach specjalizujących się w leczeniu mukowiscydozy. Niemniej jednak wymienione działania nie były dotychczas oparte na zintegrowanym programie edukacyjnym.

Przykład interwencji

W naszym ośrodku był realizowany pierwszy w Polsce „Program edukacyjno-terapeutyczny dla chorych na mukowiscydozę i ich rodzin” [7]. Inspiracją do podjęcia kompleksowych działań edukacyjnych były wyniki naszych badań, w których uczestniczyli rodzice i dzieci chore na mukowiscydozę. W trakcie trwania programu odbyło się 16 spotkań. Zajęcia były prowadzone przez lekarzy, psychoterapeutę, pedagoga i instruktora tańca w formie wykładów, pogadarek, ćwiczeń, warsztatów, konsultacji, dyskusji i wspólnej zabawy. Poprawa stanu wiedzy o chorobie oraz umiejętności praktycznych dotyczących metod leczenia była skorelowana z zahamowaniem postępu choroby. Po roku od zakończenia programu u większości pacjentów nie wykazano pogorszenia czynności płuc ani zmian w skali nasilenia objawów klinicznych choroby, zaobserwowano natomiast poprawę stanu odżywienia dzieci. Należy podkreślić, że wyżej wymienione parametry decydują o długości życia chorych na mukowiscydozę.

3. Przewlekłe choroby wątroby i nerek

Długotrwałe leczenie dzieci z przewlekłymi chorobami wątroby i nerek, w których często należy podjąć decyzję o włączeniu steroidoterapii lub immunosupresji, stanowi duże wyzwanie. Według Kuchara i wsp. za czynniki sprzyjające nieprzestrzeganiu zleceń terapeutycznych należy uznać: przyjmowanie licznych tabletek, zwłaszcza kilka razy dziennie, terapię lekami o częstych działaniach ubocznych (np. penicylamina), wieloletnie leczenie, chorobę Wilsona, wiek dojrzewania, częstą zmianę lekarza prowadzącego i niski status społeczno-ekonomiczny [8]. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest jedną z głównych przyczyn późnego odrzucenia przeszczepu wątroby lub nerki i w następstwie zwiększonej śmiertelności. Za proste interwencje Kuchar i wsp. uznają: budowanie osobistych relacji z pacjentami; zwracanie się do dziecka po imieniu; przygotowywanie się lekarza do wizyty poprzez wcześniejsze przejrzanie dokumentacji medycznej; zmniejszenie liczby koniecznych tabletek przez zastąpienie kilku o niższej dawce jedną o wyższej dawce, np. jedna tabletką encortonu 20 mg zamiast czterech tabletek encortonu 5 mg; zwiększenie częstości konsultacji; regularne wykonywanie badań laboratoryjnych, np. prób wątrobowych, badań oceniających czynność nerek lub poziom leku immunosupresyjnego w celu wczesnego wykrycia odstawienia leków, co umożliwi szybką interwencję lekarza; telefoniczne nadzorowanie leczenia.

4. Cukrzyca

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest ogromnym wyzwaniem w leczeniu pacjentów chorych na cukrzycę typu 1, zwłaszcza jeśli chodzi o młodzież. Niezadowolająca współpraca pacjenta prowadzi do utraty kontroli metabolicznej cukrzycy, a tym samym do ostrych, zagrażających życiu (hipoglikemia, kwasica ketonowa) i przewlekłych (mikro- i makroangiopatia) powikłań. Dziecko chore na cukrzycę typu 1 i jego rodzina wymagają

stałej intensywnej edukacji terapeutycznej uwzględniającej aktualne potrzeby i problemy, od szkolenia w momencie rozpoznania cukrzycy do reedukacji w czasie wizyt w poradni diabetologicznej i w trakcie kolonii oraz obozów wakacyjnych. W piśmiennictwie znane są intensywne, motywujące dzieci programy edukacyjne (CASCADE study), które poprawiły kontrolę choroby. Przełomem w poprawie współpracy pacjenta było wprowadzenie pomp insulinowych oraz czytników pozwalających na odczyt stężenia glukozy w czasie rzeczywistym. W licznych badaniach podkreśla się rolę internetu oraz aplikacji telefonicznych jako narzędzi zwiększających kontrolę przestrzegania zaleceń lekarskich.

5. Nowotwory

Rozpoznanie choroby nowotworowej zmienia życie dziecka i jego rodziny. Zawsze wtedy konieczne jest wprowadzenie zmian w codziennym trybie życia dziecka. W badaniu Jankowskiej i wsp. [9] przeprowadzonym wśród rodziców dzieci z nowotworami powodami nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych były najczęściej: wysoka cena leku, niechęć do preparatu wynikająca z formy jego podania (wlewy i zastrzyki), obawa przed działaniami niepożądanymi, brak poprawy stanu zdrowia dziecka, bariera emocjonalna i brak zaufania do skuteczności przepisanego leku. Nieprzestrzeganie zaleceń często wynika z wątpliwości dotyczących skuteczności leczenia oraz z lęku przed działaniem niepożądanym leków. Z danych z piśmiennictwa wynika, że prawda o faktycznym stanie zdrowia pozwala dziecku zwiększyć zdolność współpracy w walce z chorobą [9]. W przypadku nastolatków ważne jest, by pacjent zrozumiał istotę choroby oraz zapoznał się z mechanizmem działania stosowanych leków. Według Jankowskiej i wsp. stały kontakt rodziców z lekarzem, prawidłowa relacja lekarza i leczonego dziecka, właściwe przekazanie informacji dotyczących leczenia i uproszczenie schematu lekowego mogą spowodować poprawę stopnia przestrzegania zaleceń oraz wyników terapii w onkologichematologii dziecięcej [9].

Podsumowanie i zalecenia dla lekarza POZ

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest kluczowym czynnikiem powodzenia leczenia dzieci chorych na choroby przewlekłe [10]. Brak pełnej współpracy między lekarzem i dzieckiem oraz jego opiekunami to poważny problem kliniczny, zarówno indywidualny, jak i społeczny. W celu poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich konieczne jest wprowadzenie prostych interwencji. W świetle opublikowanych badań i obserwacji własnych wydaje się, że edukacja, zwłaszcza z zastosowaniem nowoczesnych metod komunikacyjnych (komputery), dostosowana do populacji oraz do wymogów choroby przewlekłej, prowadzona w sposób zintegrowany i ciągły przynosi największe korzyści w osiągnięciu dobrej współpracy, a tym samym dobrych efektów leczenia. Wsparcie rodziny jest ważnym czynnikiem pozwalającym osiągnąć dobrą współpracę u przewlekłe chorych dzieci w tej grupie wiekowej.

Zalecenia dla lekarzy POZ:

1. Przydział określonego lekarza do stałej opieki nad chorym dzieckiem;
2. Wykazanie zainteresowań niezwiązanych z chorobą, np. pytania o przyjaciół, zajęcia pozaszkolne, plany wakacyjne;
3. Uproszczenie wydawanych zaleceń, np.: zmniejszenie liczby dawek leku, w przypadku trudności w polykaniu tabletek zastąpienie ich inną postacią leku (syropem, zawiesiną, kroplami), przepisywanie leków o akceptowanym przez dzieci smaku;
4. Wydawanie wszystkich zaleceń opiekunom w formie pisemnej, takich jak dawkowanie leków, zalecana dieta, ćwiczenia, wskazówki dotyczące pożądanego zachowań, sprawdzenie, czy rodzice rzeczywiście rozumieją wydane zalecenia oraz czy realizacja zaleceń nie przekracza ich możliwości finansowych;
5. Umożliwienie opiekunowi lub dziecku stałego kontaktu telefonicznego z lekarzem prowadzącym. Rozmowa telefoniczna jest bardzo pomocna w razie wystąpienia niepokojących objawów w chorobie przewlekłej;
6. Zapewnienie dostępu do psychologa, który pomoże dziecku w rozwiązywaniu problemów emocjonalnych i poprawi akceptację wieloletniego leczenia;
7. Stała edukacja dzieci i ich rodziców dotycząca choroby, co poprawi przestrzeganie zaleceń lekarskich.
8. Pochwalenie dziecka za sumienne przestrzeganie zaleceń oraz wzorowe zachowanie podczas wykonywania procedur medycznych.

Pytania kontrolne

1. Częściowe stosowanie się do zaleceń lekarskich lub ich całkowite niewypełnienie jest powszechne i dotyczy następującej grupy dzieci przewlekle chorych:
 - A. 10-15 proc.
 - B. 15-25 proc.
 - C. 30-70 proc.
 - D. 70-90 proc.
2. Które z poniższych zaleceń wydawanych przez lekarza POZ nie ma zastosowania w grupie pacjentów pediatrycznych?
 - A. Pochwalenie dziecka za sumienne przestrzeganie zaleceń lekarza
 - B. Wydawanie wszystkich zaleceń opiekunom w formie pisemnej
 - C. Zapewnienie dostępu do psychologa
 - D. Zapisywanie tabletek zamiast syropu

3. Przykładem interwencji poprawiającej stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych w leczeniu astmy oskrzelowej u dzieci jest:
 - A. „Program profilaktyki chorób alergicznych”
 - B. Działalność fundacji MATIO
 - C. Program edukacyjny CASCADE
 - D. Wyliczenie wskaźnika MPR

4. Czynniki ryzyka nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych związane z przebiegiem klinicznym choroby to wszystkie z wyjątkiem:
 - A. Okresów bezobjawowych
 - B. Młodego wieku dziecka w chwili rozpoznania choroby
 - C. Znacznego stopnia ciężkości choroby dziecka odczuwanego przez rodziców
 - D. Nieprawidłowego funkcjonowania rodziny

5. Według Kuchara i wsp. za czynniki sprzyjające nieprzestrzeganiu zleceń należy uznać wszystkie z wyjątkiem:
 - A. Przyjmowania licznych tabletek
 - B. Wiek dojrzewania
 - C. Wysokiego statusu społeczno-ekonomicznego
 - D. Wieloletniego leczenia

Warto przeczytać

1. Redzuan A.M., Lee M.S., Shah N.M.: Adherence to preventive medications in asthmatic children at a tertiary care teaching hospital in Malaysia. *Patient Prefer. Adherence*, 2014; 8: 263-270.
2. McCallum G.B., Versteegh L.A., Morris P.S., McKay C.C., Jacobsen N.J., White A.V., Antoine H.A., Chang A.B.: Mobile phones support adherence and retention of indigenous participants in a randomised controlled trial: strategies and lessons learnt. *BMC Public Health*, 2014; 14: 622-628.
3. Mosnaim G., Li H., Martin M., Richardson D., Belice P.J., Avery E., Ryan N., Bender B., Powell L.: Factors associated with levels of adherence to inhaled corticosteroids in minority adolescents with asthma. *Ann. Allergy Asthma Immunol.*, 2014; 112: 116-120.
4. Cabana M.D., Rand C.S., Becher O.J. et al.: Reasons for pediatrician nonadherence to asthma guidelines. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2001; 155: 1057-1562.
5. Stelmach W., Majak P., Jerzynska J., Stelmach I.: Early effects of asthma prevention program on asthma diagnosis and hospitalization in urban population of Poland. *Allergy*, 2005; 60: 606-610.

6. Olszowiec-Chlebna M., Ruszczyk-Bilecka T., Jerzyńska J., Majak P., Grzelewski T., Pryt L., Stelmach I.: Pulmonary resection for bronchial polyp after lung transplant in a cystic fibrosis patient. *Exp. Clin. Transplant.*, 2014; 12: 81-84.
7. Korzeniewska A., Korzeniewska K., Stelmach I.: Program edukacyjno-terapeutyczny dla chorych na mukowiscydozę i ich rodzin. Część I - założenia, cele i realizacja. *Pediatr. Pol.*, 2008; 83: 150-153.
8. Kuchar E., Szenborn L., Zaleska I.: Proste interwencje poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez dzieci z przewlekłymi chorobami wątroby - doświadczenia jednego ośrodka i przegląd piśmiennictwa. *Forum Med. Rodz.*, 2011; 5: 345-351.
9. Jankowska A.K., Kaczocho M.: Compliance i adherence w onkohematologii dziecięcej. *Psychoonkol.*, 2012; 2: 49-54.
10. Stelmach I.: Problem współpracy z pacjentem pediatrycznym w leczeniu chorób przewlekłych. *Med. Dypl.*, 2008; supl. 03: 42-45.

Prawidłowe odpowiedzi na pytania kontrolne: 1. C, 2. D, 3. A, 4. D, 5. C

9. Okulistyka

dr n. med. Anna Zaleska-Żmijewska, prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik
Katedra i Klinika Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

We współczesnej okulistyce termin jaskra obejmuje dużą grupę neuropatii nerwu wzrokowego charakteryzujących się postępującym, nieodwracalnym uszkodzeniem pola widzenia. Jaskra pierwotna otwartego kąta stanowi według danych Światowej Organizacji Zdrowia drugą co do częstości przyczynę ślepoty w krajach wysoko cywilizowanych i obejmuje 15 proc. wszystkich zarejestrowanych przypadków ślepoty. Jest też uznana za chorobę cywilizacyjną. Przyjmuje się, że na jaskrę choruje ok. 70 milionów ludzi na świecie. Według badań The Baltimore Eye Survey Study blisko 50 proc. pacjentów z jaskrą nie było świadomych występowania u nich tej choroby. Częstość występowania jaskry pierwotnej zwiększa się wraz z wiekiem. Zakłada się, że po 40. roku życia 1 na 100 osób choruje na jaskrę, ale już chorych 70-80-latków jest nawet 8 proc. Brakuje dokładnych danych epidemiologicznych na temat zachorowalności na jaskrę w Polsce. Problem dotyczy prawdopodobnie ok. 800 tys. osób.

Jaskrą określa się grupę chorób oczu, w których wyniku dochodzi do postępującego zaniku nerwu wzrokowego, z typowymi zmianami w wyglądzie tarczy nerwu II i progresywnymi zmianami w polu widzenia. Zmianom tym zazwyczaj towarzyszy zbyt wysokie ciśnienie wewnątrzgałkowe, które jest najbardziej znanym czynnikiem ryzyka choroby. Na podstawie wielu badań populacyjnych prowadzonych w latach 90. XX w. udowodniono, że obniżanie ciśnienia w gałce ocznej z jaskrowym uszkodzeniem

nerwu wzrokowego jest uznana i jak dotąd jedyną potwierdzoną metodą leczenia jaskry, pozwalającą zahamować lub maksymalnie spowolnić uszkodzenia pola widzenia. Co więcej, im niższy poziom ciśnienia wewnątrzgałkowego, tym większa szansa na zatrzymanie choroby. Najbardziej narażeni na utratę widzenia są pacjenci, u których choroba została rozpoznana późno, oraz chorzy, u których tempo progresji jest szybkie. Osoby te powinny być poddane najintensywniejszemu leczeniu i szczególnie częstym kontrolom potwierdzającym jego skuteczność.

Najczęstszą postacią jaskry jest jaskra pierwotna otwartego kąta (JPOK), która we wczesnych stadiach jest dla pacjenta bezobjawowa. Pierwsze zauważalne i niepokojące objawy pojawiają się dopiero gdy zmiany w nerwie wzrokowym są zaawansowane. Jaskra pierwotna zamykającego się kąta jest natomiast związana ze specyficzną budową gałki ocznej, usposabiającą do mechanicznego zamykania przez nasadę tęczówki drogi odpływu cieczy wodnistej. Ten rodzaj jaskry najczęściej występuje u osób rasy żółtej, w rasie kaukaskiej dotyka ok. 10 proc. chorych na jaskrę. Zwykle jaskra pierwotna zamykającego się kąta jest szybciej rozpoznawana i jeśli u pacjenta nie doszło do ostrego zamknięcia kąta przesączenia, czyli ostrego ataku jaskry, zmiany na dnie oka nie są zaawansowane w momencie postawienia diagnozy. Natomiast gwałtowny wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, nawet do 60 mm Hg (przy normie 10–21 mm Hg), w czasie ostrego ataku jaskry skutkuje równie gwałtownym uszkodzeniem nerwu wzrokowego i często nieodwracalnym pogorszeniem widzenia.

Zasady postępowania w jaskrze

Cel leczenia jaskry z punktu widzenia pacjenta to zachowanie funkcji widzenia przy minimalnych skutkach ubocznych stosowanego leczenia i jego ograniczonym wpływie na jakość życia. Z punktu widzenia lekarza celem leczenia jaskry jest osiągnięcie i utrzymanie ciśnienia docelowego, przy którym nie dochodzi do progresji choroby, a w przyszłości wdrożenie takiego postępowania terapeutycznego, dzięki któremu będzie możliwa odbudowa uszkodzonych włókien nerwowych siatkówki i wyleczenie chorego. Obecnie nadal jedynym uznanym leczeniem jaskry jest obniżanie ciśnienia wewnątrzgałkowego, aż do uzyskania indywidualnego i zmiennego w czasie ciśnienia docelowego. Wartości ciśnienia docelowego są uzależnione od poziomu ciśnienia przy rozpoznaniu, od stopnia zaawansowania neuropatii jaskrowej, tempa progresji choroby, wieku pacjenta, jego oczekiwanej długości życia oraz obecności czynników ryzyka. Im bardziej zaawansowane uszkodzenie jaskrowe i dłuższa oczekiwana długość życia oraz im niższe było ciśnienie wewnątrzgałkowe w momencie rozpoznania, tym niższe powinno być ciśnienie docelowe.

Spadek ciśnienia wewnątrzgałkowego można uzyskać poprzez leczenie farmakologiczne, trabekuloplastykę laserową oraz leczenie chirurgiczne.

W większości przypadków leczenie jaskry jest rozpoczynane od stosowania kropli obniżających ciśnienie w gałce ocznej. Obecnie zarówno Europejskie Towarzystwo Jaskrowe (European Glaucoma Society, EGS), jak i Amerykańskie Towarzystwo Jaskrowe (American Glaucoma Society, AGS) nie przedstawiają jednego konkretnego leku, który należy włączyć jako pierwszy w jaskrze pierwotnej otwartego kąta. Zaleca się, aby zacząć leczenie od jednego leku, a jeśli występuje w kilku stężeniach, to od najmniejszego. Wybór leku zastosowanego w monoterapii powinien być wspólną decyzją specjalisty - lekarza okulisty - i chorego na jaskrę, z uwzględnieniem jego trybu życia, przewidywanej długości życia, możliwości finansowych i stanu ogólnego. Z dostępnych na rynku leków obniżających ciśnienie wewnątrzgałkowe obecnie najczęściej są stosowane: antagoniści receptorów beta-adrenergicznych i analogi prostaglandyn (PG).

W praktyce klinicznej bardzo trudno uzyskać pożądaną spadkę ciśnienia za pomocą tylko jednego leku. Ciśnienie na poziomie 18-20 mm Hg, czyli poniżej wartości uznawanych za statystyczną normę, tj. 10-21 mm Hg, dla większości pacjentów z jaskrą jest zbyt wysokie. Pacjenci z zaawansowanymi zmianami jaskrowymi oraz szybkim tempem progresji zmian powinni mieć znacznie niższe ciśnienie, nawet poniżej 12 mm Hg. Stwierdzono, że im niższe ciśnienie wewnątrzgałkowe oraz im mniejsze jego dobowe wahania, tym mniejsze prawdopodobieństwo postępu choroby. Badanie EMGT (Early Manifest Glaucoma Treatment Study) wykazało, że obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego o każdy 1 mm Hg powoduje zmniejszenie ryzyka progresji o 10 proc. Według badań CIGTS (Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study) ponad 75 proc. chorych na jaskrę wymaga stosowania dwóch lub więcej leków obniżających ciśnienie wewnątrzgałkowe już po 2 latach od postawienia diagnozy. Możliwości politerapii to: dodanie drugiego leku do dobrze tolerowanego i skutecznego leku pierwszego rzutu, zastosowanie preparatu złożonego lub wykonanie zabiegu laserowego. W leczeniu jaskry zastosowanie znajduje również leczenie chirurgiczne. Ma ono na celu obniżenie ciśnienia w gałce ocznej, a nie poprawę widzenia. Co więcej, u ponad 30 proc. pacjentów może dojść do pogorszenia widzenia po trabekulektomii z powodu przyspieszonego rozwoju zmętnień soczewki, czyli progresji zaćmy. Zabieg operacyjny nie wyleczy jaskry. Nawet jeśli dzięki niemu pacjent nie będzie musiał stosować kropli, nie zwalnia go to z obowiązku badań kontrolnych monitorujących jaskrę. Nadal jest on osobą chorą na jaskrę. Decyzja o zabiegu chirurgicznym w jaskrze jest trudna. Należy rozważyć takie rozwiązanie u osób młodych, z długim czasem przeżycia i szybką progresją jaskry, z niestabilnymi dobowymi wahaniami ciśnienia, złą tolerancją leków kroplowych, trybem życia utrudniającym współpracę lekarza z pacjentem oraz dużym, niekorzystnym wpływem stosowanego leczenia na jakość życia.

Stosując politerapię, można napotkać wiele trudności. Jedną z podstawowych jest niewłaściwe stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich, zwłaszcza gdy wzrasta liczba przyjmowanych leków. Im więcej leków pacjent musi stosować (co wiąże się

z bardziej skomplikowanym sposobem dawkowania), tym łatwiej o ich nieprawidłowe przyjmowanie.

Są sytuacje, w których można rozważyć rozpoczęcie leczenia jaskry od leku złożonego. Dotyczy to pacjentów, którzy wymagają natychmiastowego, silnego obniżenia ciśnienia wewnątrzgałkowego i u których istnieje duże ryzyko utraty pola widzenia.

Leki łączone stanowią znakomite rozwiązanie w przypadku konieczności stosowania terapii skojarzonej. Pacjent otrzymuje dwie substancje czynne w jednej butelce, bez konieczności komplikowania sposobu leczenia. Ma to pozytywny wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich, tolerancję leczenia oraz jakość życia pacjenta.

W większości kropli oprócz substancji czynnej znajduje się środek konserwujący - chlorek benzalkonium (BAK), który działa jak detergent. BAK przewlekłe stosowany może uszkadzać komórki zdrowych tkanek. Toksyczny wpływ BAK jest zależny od kumulacji dawki i może być widoczny nawet wtedy, gdy konserwant jest stosowany w niskich stężeniach, ale przez długi czas, jak w przypadku pacjentów leczonych zachowawczo z powodu jaskry. Połączenie dwóch leków w preparacie złożonym zmniejsza efekt kumulacji i ekspozycji na BAK. Zwiększa też szansę na stosowanie się chorych do zaleceń.

Trudności w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych w leczeniu jaskry

Długotrwała farmakoterapia miejscowa często się wiąże z występowaniem działań ubocznych, które mogą wpływać na obniżenie jakości życia chorego na jaskrę oraz na skuteczność terapii. Objawami, które najczęściej zgłaszają pacjenci przewlekłe leczeni kroplami przeciwjaskrowymi, są: pieczenie, łzawienie, zaczerwienienie oczu i zamglone widzenie. Na występowanie przynajmniej jednego z tych objawów uskarża się aż 62 proc. chorych. Dolegliwości związane z przewlekłym stosowaniem kropli negatywnie wpływają na komfort życia pacjenta, zmniejszają satysfakcję z terapii oraz są trzecią co do częstości przyczyną zmiany leczenia. Źle tolerowana terapia, nawet silnymi preparatami, jest mało skuteczna, jeśli nie będzie odpowiednio stosowana.

Wiele badań klinicznych wykazało, że obniżanie ciśnienia wewnątrzgałkowego jest udowodnionym postępowaniem zmniejszającym ryzyko utraty widzenia u osób chorych na jaskrę. Obecnie dostępnych jest kilka grup leków kroplowych skutecznie obniżających ciśnienie w gałce ocznej. Mimo to według różnych opracowań od 8 do nawet 80 proc. pacjentów nie stosuje się do zaleceń lekarskich. Większość badań opiera się na ankietach lub danych z aptek. Wiadomo, że obie te metody nie są do końca wiarygodne. Duże retrospektywne badanie Nordstroma i wsp. opublikowane

w Am. J. Ophthalmology w 2005 r. wykazało, że prawie 50 proc. pacjentów nie kontuuje terapii już w ciągu pierwszych 6 miesięcy od włączenia leczenia. Jedynie 37 proc. pacjentów realizowało wszystkie zalecane recepty w ciągu kolejnych 3 lat od rozpoczęcia leczenia.

W przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych związanych z leczeniem chorób oczu niezwykle ważna jest właściwa współpraca pacjenta z lekarzem, która w przypadku pacjentów chorych na jaskrę ma kluczowe znaczenie w zapobieganiu uszkodzenia pola widzenia. Ubytki w polu widzenia są dla pacjenta niezauważalne, jeśli są niewielkie, na obwodzie pola widzenia, tylko w jednym oku lub w różnych kwadrantach w obydwójgu oczach. Gorzej, gdy zmiany w polu widzenia występują w tych samych kwadrantach w jednym i w drugim oku. Pacjent mający mroczki lukowate w kwadrantach dolnych będzie miał trudności podczas schodzenia po schodach, natomiast ubytki w kwadrantach górnych mogą sprawiać kłopoty podczas prowadzenia samochodu. Spowolniona będzie też reakcja na bodźce z otoczenia. Crabb i wsp. wykazali, że pacjent ze zmianami w polu widzenia w przebiegu jaskrowego uszkodzenia nerwu wzrokowego musi wykonać kilkanaście razy więcej ruchów gałką oczną, aby zlokalizować przeszkodę na ulicy lub zauważyć znak drogowy. Należy podkreślić, że mogą to być zmiany w polu widzenia występujące nawet w niezbyt zaawansowanym stadium choroby. W miarę postępu uszkodzenia jaskrowego dochodzi do koncentrycznego zawężenia pola widzenia. Pacjent mimo dosyć dobrej ostrości wzroku do dali porusza się jak osoba niewidoma, np. wpada na przedmioty. Pacjenci z zaawansowaną jaskrą z uszkodzeniem funkcjonalnym wymagają często podczas poruszania się poza znanymi sobie miejscami pomocy osób trzecich. Kłopoty sprawia im przejście przez ulicę czy wyjście na zakupy, a prowadzenie samochodu jest niemożliwe.

Badania Okeke i wsp. opublikowane w 2009 r. wykazały, że tylko 56 proc. pacjentów stosuje 75 proc. i więcej zaleconych dawek kropli obniżających ciśnienie wewnątrzgałkowe. Dane z aptek świadczą o jeszcze gorszym stosowaniu się do zaleceń. Wynika z nich, że jedynie 50 proc. pacjentów regularnie realizuje recepty przez pierwsze 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia. Im starsza osoba, tym bardziej dąży do utrzymania rutynowych zachowań. Leczenie jaskry musi się wpisać w schemat dnia codziennego, aby wpuszczenie kropli 1 lub 2 razy w ciągu dnia stało się rutyną, a nie zaburzeniem codziennego porządku.

Gelb i wsp. opisali niski stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych przy:

1. specyficznych cechach osobowości pacjenta, np. sceptycyzmie,
2. niskim poziomie wykształcenia,
3. małym ryzyku utraty widzenia z powodu jaskry,
4. wysokich kosztach leczenia,
5. konieczności długich podróży na wizytę kontrolną,
6. skutkach ubocznych leków pogarszających komfort życia,
7. wieku poniżej 50 i powyżej 80 lat.

Metody oceny przestrzegania zaleceń terapeutycznych w jaskrze

Stosowanie się do zaleceń lekarskich w przypadku jaskry może być zmierzone w sposób bezpośredni lub pośredni. Metody bezpośrednie są bardziej obiektywne, ale również kosztowniejsze. Należą do nich: pomiary stężenia leku lub jego metabolitów w surowicy krwi i/lub w moczu, wykrywanie markerów biologicznych charakterystycznych dla danej substancji czynnej oraz bezpośrednia obserwacja badanego. Metody pośrednie to: ankiety i kwestionariusze do samodzielnego raportowania pacjenta, liczenie zużytych butelek, sprawdzanie w aptekach częstości realizowania przepisanych recept, elektroniczne monitorowanie otwarcia buteleczki, a także ocena kliniczna odpowiedzi na lek, czyli w jaskrze procent obniżenia ciśnienia w gałce ocznej.

Raporty sporządzane samodzielnie przez pacjenta polegają na odpowiadaniu na pytania zawarte w kwestionariuszu. Jest to prosta i tania metoda, ale obciążona dużym subiektywizmem - wiadomo, że osoba ankietowana będzie się starała przedstawić siebie w jak najlepszym świetle. Na podstawie ankiet szacuje się, że stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów z jaskrą wynosi 39-85 proc., co jest znacznie lepszym wynikiem w porównaniu z bardziej obiektywnymi metodami.

Dokładniejszą metodą pośrednią jest elektroniczne monitorowanie otwarcia butelki z lekiem. Niestety działanie to nie jest jednoznaczne z wpuszczeniem kropli. Również ocena kliniczna działania kropli obniżających ciśnienie może być myląca i stwarzać wrażenie dobrej współpracy. Pacjent raczej pominie dawkę leku, niż zastosuje ją wielokrotnie. Wiadomo również, że krótko przed zaplanowaną wizytą kontrolną pacjent stara się poprawić przestrzeganie zaleceń i zaczyna wpuszczać krople regularniej. Tak więc na wizytach kontrolnych ciśnienie wewnątrzgałkowe może być za każdym razem odpowiednio niskie i uznane za ciśnienie docelowe. Jeśli jednak obserwowana jest progresja zmian jaskrowych, należy rozważyć nieregularne stosowanie kropli przez pacjenta w okresach między kontrolami. Ma to duże znaczenie, gdy wizyty kontrolne i badania pola widzenia są rzadkie. Najczęściej lekarz staje wówczas przed decyzją zmiany leczenia, co może się wiązać z dołączeniem kolejnego leku miejscowego lub skierowaniem na zabieg laserowy bądź chirurgiczny. W takich sytuacjach trudno stwierdzić, czy progresja choroby jest wynikiem niedostatecznego leczenia, tachyfilaksji na stosowane krople, czy niedostatecznego przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Bariery w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych

W ciągu ostatnich 20 lat opublikowano wiele prac mających na celu usystematyzowanie przyczyn niedostatecznej współpracy w leczeniu chorób przewlekłych. Tsai i wsp. opracowali klasyfikację przyczyn złej współpracy lekarz - pacjent z jaskrą. Wyszczególnili 71 indywidualnych sytuacji, które mogą mieć negatywny wpływ na

przestrzeganie zaleceń terapeutycznych wśród chorych na jaskrę. Sytuacje te zebrały w cztery główne kategorie:

1. uwarunkowania środowiskowe i sytuacyjne - 49 proc.,
2. związane z reżimem stosowania kropli - 32 proc.,
3. czynniki zależne od pacjenta -16 proc.,
4. zrozumienie konieczności leczenia - 3 proc.

Takie ujęcie problemu ma pozwolić na stworzenie indywidualnych algorytmów postępowania dla każdego pacjenta leczonego z powodu jaskry.

Poniżej zostały wymienione najczęstsze przyczyny niedostatecznej współpracy między pacjentem chorym na jaskrę a lekarzem (na podstawie tabeli opracowanej przez Tsai i wsp., J. Glaucoma 2003; 12: 393-398).

1. Uwarunkowania środowiskowe i sytuacyjne:
 - ♦ brak wsparcia ze strony osób bliskich - osoby samotne, starsze, mieszkające same,
 - ♦ ważne, najczęściej traumatyczne wydarzenia w życiu chorego, np. śmierć współmałżonka lub bliskiej osoby,
 - ♦ pobyt poza domem, np. częste podróże, wyjazd na wakacje,
 - ♦ zaburzenie codziennych aktywności - godziny przyjmowana kropli kolidują z przyjętym układem zajęć codziennych, np. wyjściem do kościoła, na wykłady,
 - ♦ zaburzenie rutynowych czynności, zwłaszcza w czasie wolnym od pracy, np. zapomnianie butelki z kroplami w czasie wyjazdów weekendowych, co powoduje ominięcie kilku dawek leku;
2. Związane z reżimem stosowania kropli:
 - ♦ zapomnianie butelki z kroplami, jeśli pacjent musi wpuszczać lek kilka razy w ciągu dnia,
 - ♦ koszt stosowanych kropli,
 - ♦ duża liczba kropli,
 - ♦ zmiana schematu leczenia może się wiązać z trudnością z zapamiętaniem nowego dawkowania,
 - ♦ miejscowe i ogólne skutki uboczne stosowanych kropli;
3. Czynniki zależne od pacjenta:
 - ♦ poziom edukacji/inteligencji,
 - ♦ pamięć,
 - ♦ motywacja pacjenta do stosowania kropli,
 - ♦ zbyt duża liczba innych leków stosowanych doustnie i miejscowo;

4. Zrozumienie konieczności leczenia:

- ♦ brak satysfakcji z opieki lekarskiej,
- ♦ trudności w komunikacji z personelem medycznym.

Czynniki zależne od pacjenta

Każda osoba, u której rozpoznaje się chorobę przewlekłą, wymaga specjalnego traktowania przez lekarza prowadzącego. Aby pacjent chciał stosować zalecane leczenie, zwłaszcza w chorobie bezobjawowej, jaką we wczesnym stadium jest jaskra, konieczne jest wytłumaczenie korzyści płynących z rozpoczęcia terapii. W większości sytuacji pacjent, u którego zostaje rozpoznana jaskra pierwotna otwartego kąta, nie ma związanych z nią dolegliwości. Co więcej, może zacząć mieć dolegliwości ze strony narządu wzroku po rozpoczęciu leczenia ze względu na działania niepożądane kropli. Podejrzanie choroby jest najczęściej stawiane w czasie rutynowej wizyty okulistycznej, po badaniu dna oka i pomiarze ciśnienia wewnątrzgałkowego. Diagnostyka jaskry trwa różnie długo, u części pacjentów nawet kilka lat. Dlatego ważny jest sam moment podjęcia przez lekarza decyzji o włączeniu leczenia i wytłumaczenie tej decyzji pacjentowi. W zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Jaskrowego mówi się, że rozpoczęcie leczenia jaskry powinno być wspólną decyzją pacjenta i lekarza. Może tak być pod warunkiem odpowiedniego i zrozumiałego dla pacjenta przekazywania mu informacji o stanie jego oczu na każdym etapie diagnostyki. W sposób prosty i klarowny należy wytłumaczyć, na czym polega jaskra. Warto się podeprzeć broszurami informacyjnymi lub innymi materiałami edukacyjnymi skierowanymi do osób niezwiązanych z medycyną. Trzeba pamiętać, by nie posługiwać się żargonem medycznym. Niektóre informacje oczywiste dla lekarza, jak budowa gałki ocznej, mogą być niezrozumiałe dla pacjenta. Oko jest niewielkim narządem i pacjenci często myślą jego poszczególne części. W takiej sytuacji można narysować pacjentowi schemat budowy oka, żeby w jak najprostszy sposób zobrazować, na czym polega jego choroba.

Jaskra jest chorobą częściej występującą u pacjentów w starszym wieku. Wiek pacjenta ma także duże znaczenie w kontekście przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Osoby starsze mogą mieć problemy ze wzrokiem, słuchem, ale też ze zrozumieniem przekazu lekarza. W praktyce można poprosić pacjenta, aby pokazał, jak samodzielnie wpuszcza sobie krople do oka. Warto również wcześniej, przy rozpoczęciu leczenia, poinstruować go, w jaki sposób należy wpuszczać krople, a najlepiej to zademonstrować. Osoby starsze mogą mieć problemy z trafieniem pojedynczą kroplą do worka spojówkowego. Zdarza się, że większość kropli zostaje na powiekach lub policzku. Pacjenci obawiają się, że nie wpuścili sobie wystarczającej ilości kropli, i często powtarzają czynność. W rezultacie wpuszczają kilka kropli leku. Należy pamiętać, że objętość worka spojówkowego to mniej niż objętość jednej kropli. Pacjent powinien wiedzieć,

że nie ma sensu wpuszczanie na zapas kilku kropli leku, bowiem w ten sposób można zupełnie wypłukać lek z worka spojówkowego. Efektem tego będzie zbyt niskie stężenie leku w miejscu jego działania i niedostateczny efekt hipotensyjny. Ważna dla pacjenta przyjmującego kilka rodzajów kropli jest też informacja, że powinien zachować minimum 5-minutowy odstęp między kolejnymi kroplami, aby uniknąć efektu wypłukania. Część pacjentów robi dłuższe przerwy między lekami, co oczywiście pogarsza ich komfort życia.

Czynniki zależne od lekarza

Lekarz powinien wykazywać aktywną postawę i starać się zaangażować pacjenta w dyskusję o jego chorobie i podejmowanym leczeniu. Omówione powinny być zarówno rodzaj stosowanych kropli, ich dawkowanie, jak i inne, oprócz leczenia zachowawczego, możliwości leczenia. Należy zadawać pacjentowi pytania otwarte. Zadanie pytania: „Czy wpuścił/-a pan/pani wczoraj krople?”, zwykle przyniesie odpowiedź twierdzącą. Ale już pytanie: „Czy wpuszczanie kropli sprawia panu/pani trudność?” lub „Jak często nie udaje się wpuścić leku w ciągu tygodnia?” daje pacjentowi możliwość udzielenia odpowiedzi zgodnej z prawdą, ponieważ czuje on, że lekarz rozumie jego trudną sytuację i wie o możliwościach omijania dawek kropli w różnych sytuacjach życia codziennego.

Częstsze wizyty kontrolne we wczesnym okresie po postawieniu rozpoznania jaskry również mają korzystne znaczenie dla poprawy systematyczności leczenia. Według zaleceń EGS, aby móc oszacować tempo progresji jaskry, należy wykonać 6 badań pola widzenia w ciągu pierwszych 2 lat od postawienia diagnozy. Wymusza to oczywiście także wizyty kontrolne minimum 3 razy w roku w pierwszych 2 latach leczenia. Włączenie leku lub zmiana leczenia również wymagają wizyty kontrolnej po 3-4 tygodniach. Wszystkie powyższe składowe zwiększają częstość wizyt. Pacjent ma poczucie, że jest leczony, że coś się dzieje w związku z jego chorobą, i chętniej się stosuje do zaleceń.

Najważniejsza w relacji między lekarzem a pacjentem chorym na jaskrę jest motywacja obydwu stron: lekarza, żeby wytłumaczył choremu istotę schorzenia, i pacjenta, żeby zrozumiał, że stosując krople, wpływa na swoje przyszłe widzenie i komfort życia. Pewną motywacją, zwłaszcza dla osób młodych, bez objawów jaskry, mogą być też wizyty w poradni jaskrowej, gdzie spotyka się osoby z różnym stopniem zaawansowania choroby. Jest to motywacja negatywna, ale jedyna skuteczna u niektórych pacjentów. O wiele lepszy stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest także obserwowany wśród pacjentów mających chorych na jaskrę w swoim najbliższym otoczeniu.

W Polsce wśród pacjentów chorych na jaskrę działa również stowarzyszenie założone przez jednego z pacjentów. Podobne inicjatywy społeczne są podejmowane przez pacjentów z innymi schorzeniami przewlekłymi. Dobrze, aby pacjent otrzymał informację o takim stowarzyszeniu od lekarza okulisty. Od 2008 r. co roku w marcu

organizowany jest na całym świecie Światowy Tydzień Jaskry. Jest to wspólna inicjatywa Światowego Towarzystwa Jaskrowego (World Glaucoma Association, WGA) oraz Światowego Stowarzyszenia Chorych na Jaskrę (World Glaucoma Patients Association, WGPA), których celem jest zachęcenie do podjęcia działań zapobiegających utracie wzroku.

W Polsce opiekę nad tą inicjatywą sprawuje sekcja jaskrowa Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

Amerykańskie Towarzystwo Jaskrowe wyszczególniło 3 grupy działań mających na celu poprawę stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich:

1. Materiały przypominające o godzinie wpuszczenia kropli, takie jak notesy, kalendarzyki, budziki;
2. Zalecenia dla koncernów farmaceutycznych, aby tak zmodyfikować kształt butelki z kroplami, by wpuszczanie kropli było jak najprostsze oraz by pacjent wiedział, ile jeszcze leku pozostało w opakowaniu; problem ten został rozwiązany w preparatach jednodawkowych, tzw. minimsach, które dodatkowo, korzystnie dla pacjenta, są pozbawione środka konserwującego;
3. Edukacja – opracowanie sposobów zwiększenia motywacji pacjenta do stosowania kropli, uświadomienie konsekwencji braku leczenia.

Czynniki korzystnie wpływające na współpracę między pacjentem jaskrowym a lekarzem związane ze stosownym leczeniem zachowawczym to między innymi:

1. Uproszczenie dawkowania leków:
 - a. monoterapia, najlepiej kroplami do stosowania raz dziennie,
 - b. preparaty łączone;
2. Stosowanie preparatów bez konserwantów, najlepiej w minimsach, co daje pacjentowi możliwość kontrolowania ilości leku;
3. Urządzenia przypominające o konieczności zastosowania leku: elektroniczne, wizualne, słuchowe;
4. Urządzenia ułatwiające dawkowanie leku.

Podsumowanie

Niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych jest frustrujące zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta. Może być powodem podjęcia decyzji o zmianie leczenia, a nawet o zabiegu operacyjnym. Nieuświadomienie sobie problemu może prowadzić do pogarszania się ubytków pola widzenia mimo zadowalającego ciśnienia wewnątrzgałkowego w czasie wizyt kontrolnych. Rossi i wsp. w badaniach z użyciem elektronicznego monitorowania otwarcia butelki z kroplami wykazali, że wśród pacjentów ze stabilnym polem widzenia w ciągu jednego roku obserwacji odsetek przyjętych dawek wynosił

85 proc. zalecanych, a u pacjentów z pogarszającym się polem widzenia – jedynie na poziomie 21 proc. Wiadomo, że pacjent niechętnie przyzna się do opuszczania dawek leku, a przed planowaną wizytą kontrolną będzie bardziej zmotywowany do stosowania kropli. Lecząc pacjenta z powodu jaskry, należy pamiętać, że tylko wczesne wykrycie uszkodzenia nerwu wzrokowego i rozpoczęcie leczenia daje szansę na powstrzymanie postępu choroby i zachowanie wzroku chorego. Jaskra dotyka ludzi w każdym wieku, a nieleczona nieuchronnie prowadzi do całkowitej, nieodwracalnej ślepoty. Należy aktywnie poszukiwać jaskry i nie czekać z jej rozpoznaniem, aż pojawią się objawy zauważalne przez chorego. Według Spaetha celem w leczeniu jaskry powinno być utrzymanie dobrej jakości życia, która dla pacjenta jest największą wartością. Decyzje terapeutyczne, zwłaszcza te odbijające się na dobrostanie pacjenta (decyzja o rozpoczęciu leczenia, a także o interwencji chirurgicznej), powinny być głęboko przemyślane i poprzedzone bilansem strat i zysków oraz podejmowane w porozumieniu z pacjentem i za jego świadomą zgodą.

Pytania kontrolne

1. Proszę wymienić minimum trzy czynniki wpływające na słabą współpracę lekarza z pacjentem chorym na jaskrę.
2. Proszę wymienić minimum trzy metody poprawy stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów chorych na jaskrę.

Warto przeczytać:

1. Tsai J.C., McClure C.A., Ramos S.E. et al.: Compliance barriers in glaucoma: a systematic classification. *J. Glaucoma*, 2003; 12: 393-398.
2. Nordstrom B.L., Friedman D.S., Mozaffari E., Quigley H.A., Walker A.M.: Persistence and adherence with topical glaucoma therapy. *Am. J. Ophthalmol.*, 2005; 140: 598-606.
3. Sleath B., Blalock S., Covert D. et al.: The relationship between glaucoma medication adherence, eye drop technique, and visual field defect severity. *Ophthalmology*, 2011; 118: 2398-2402.
4. Mansberger S.L., Shepler C.R., McClure T.M. et al.: Psychometric of a new questionnaire to assess glaucoma adherence: the glaucoma treatment compliance assessment tool (an American Ophthalmology Society Thesis). *Trans. Am. Ophthalmol. Soc.*, 2013; 111: 1-16.

10. Reumatologia

dr n. med. Małgorzata Tłustochowicz

Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Wstęp

Choroby reumatyczne są jedną z częstszych przyczyn wizyt u lekarza, a jednocześnie niesprawności i zwolnień z pracy. Dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego to najczęściej przeciążenia i zwyrodnienia stawów powodujące przejściową niezdolność do pracy, ale rzadko prowadzące do inwalidztwa. Natomiast przewlekłe zapalenia stawów dotyczą znacznie mniejszego odsetka społeczeństwa (najczęstsze z nich - reumatoidalne zapalenie stawów - dotyczy 0,45 proc. populacji dorosłych), ale chorują na nie osoby stosunkowo młode (szczyt zachorowań przypada na 30.-45. rok życia), trwają do końca życia (są nieuleczalne), a co 3. chory staje się niezdolny do pracy w ciągu 10 lat.

Nieleczone przewlekłe zapalenia stawów nieuchronnie prowadzą do kalectwa u 70 proc. chorych, przy czym wielu z nich przedwcześnie umiera, oraz znacznie pogarszają jakość życia, prowadząc do wieloletniego przewlekłego bólu, znacznego ograniczenia sprawności i samowystarczalności. W świetle obecnej wiedzy wiadomo, że wczesne i agresywne leczenie przewlekłych zapaleń stawów może zmienić tę tendencję, bowiem aż do 70 proc. pacjentów z wczesnym zapaleniem stawów obwodowych osiąga remisję, możliwe jest nawet ich wyleczenie. Ponieważ za „złote okno terapii” uważa się pierwsze 3 miesiące trwania choroby, niezbędne jest jej wczesne rozpoznanie oraz szybkie, ale przede wszystkim systematyczne i skuteczne leczenie. W celu wczesnego wykrycia choroby zaproponowano nowe kryteria jej rozpoznania opierające się

wyłącznie na objawach klinicznych i laboratoryjnych. Mimo iż zakłada się, że nawet kilkanaście procent chorych, u których na podstawie tych kryteriów rozpoznano reumatoidalne zapalenie stawów, ma inną postać zapalenia stawów, nie zwalnia to z obowiązku ich leczenia [1]. W osiągnięciu założonego celu, którym jest remisja oceniana jako zapalenie nie więcej niż jednego stawu osiągnięta nie później niż w 6. miesiącu leczenia, niezbędne jest ściśle kontrolowanie efektów leczenia, jak też odpowiednio wczesna i częsta jego modyfikacja. Nie jest to możliwe bez współpracy pacjenta, dlatego też nadrzędna zasada w rekomendacjach EULAR (Europejskiej Ligi Przeciwrzematycznej) leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) mówi: „Celem leczenia chorych na RZS powinna być jak najlepsza opieka, a leczenie powinno być oparte na wspólnej decyzji pacjenta i reumatologa”. Przed rozpoczęciem terapii należy więc przedstawić choremu realia leczenia oraz konsekwencje nieleczenia choroby, a także uprzedzić o możliwości wystąpienia działań niepożądanych leków, które co prawda są w reumatologii bardzo rzadkie, ale możliwe.

Charakterystyka reumatoidalnego zapalenia stawów, założenia leczenia do celu

Reumatoidalne zapalenie stawów jest przewlekłą, zapalną, immunologicznie zależną, układową chorobą tkanki łącznej charakteryzującą się niespecyficznym, symetrycznym zapaleniem stawów, występowaniem zmian pozastawowych i powikłań narządowych. Prowadzi do niepełnosprawności, kalectwa i przedwczesnej śmierci.

Jest to najpowszechniejsza forma przewlekłego zapalenia stawów. Występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn (4:1), a szczyt zachorowalności przypada na 4. i 5. dekadę życia. Choroba przebiega ciągle lub cyklicznie z okresami remisji i zaostrzeń. Symetryczne, wielostawowe zapalenie dotyczy w pierwszej kolejności stawów nadgarstkowych, śródrečno-paliczkowych i międzypaliczkowych bliższych, rzadziej stawów stóp i dużych stawów. Stopniowo prowadzi do powstania trwałych uszkodzeń stawów i struktur okołostawowych skutkujących upośledzeniem sprawności chorego.

Szybkie rozpoznanie, możliwe na podstawie nowych kryteriów ACR/EULAR, jest niezbędne do właściwego leczenia tego okaleczającego schorzenia, ponieważ remisja jest bardziej prawdopodobna we wczesnym okresie choroby niż w jej późnych stadiach.

Terapię należy rozpocząć natychmiast po ustaleniu rozpoznania, nie później niż od 3. miesiąca trwania choroby. Wobec leczenia trwającego wiele lat (niekiedy kilkadziesiąt) i do końca życia, przebiegającego z okresami zaostrzeń i poprawy, niezwykle ważnym problemem staje się stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez chorego. Dlatego została stworzona koncepcja określenia mierzalnego, najlepiej wyrażanego liczbami celu, do którego należy dążyć. Wiadomo, że jego osiągnięcie zdecydowanie poprawia

odległe wyniki leczenia. Wyznaczony cel powinien być zrozumiały i akceptowany przez chorego. Został on opisany w nowej koncepcji nazwanej leczeniem ukierunkowanym na cel, w skrócie T2T (od angielskiej nazwy idei *treat to target*). W T2T celem jest osiągnięcie stanu remisji klinicznej lub niskiej aktywności choroby. Obecnie stan aktywności choroby jest wyrażany odpowiednimi wskaźnikami, do których zaliczono: CDAI, SDAI i DAS28. Ich wartość oblicza się na podstawie liczby bolesnych i obrzękniętych stawów, oceny aktywności choroby wyrażonej przez pacjenta i lekarza na 100 mm wizualnej skali analogowej (VAS) oraz wartości OB lub CRP po zastosowaniu odpowiednich wzorów. Wartości wskaźników CDAI i SDAI oblicza się bez użycia kalkulatora, gdyż jest to suma wyników. Do obliczenia wskaźnika DAS28, do tej pory stosowanego najczęściej, potrzebny jest kalkulator.

Porównanie wielkości wskaźnika przed leczeniem i po nim pozwala lekarzowi ustalić, czy terapia jest skuteczna. Jednocześnie dla przeszkolonego pacjenta może być ważnym czynnikiem zachęcającym do przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Tabela 1. Wartości wskaźników oceny aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów

AKTYWNOŚĆ CHOROBY	SDAI	DAS28
Wysoka	> 26	≥ 5,1
Umiarkowana	≤ 26	3,2 > DAS28 < 5,1
Niska	< 11	≤ 3,2
Remisja	≤ 3,3	< 2,6

Z punktu widzenia pacjenta i codziennej praktyki remisja jest definiowana jako obecność nie więcej niż jednego obrzękniętego i bolesnego stawu przy braku dolegliwości chorego i prawidłowym CRP.

Niestety remisja, szczególnie u chorych o wieloletnim przebiegu, nie zawsze jest osiągalna.

Dlatego ogólnie celem leczenia chorego na reumatoidalne zapalenie stawów jest maksymalna poprawa zależnej od stanu zdrowia jakości życia poprzez opanowanie objawów choroby, zapobieganie uszkodzeniom stawów, przywrócenie sprawności i możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, co najlepiej uzyskuje się w okresie remisji.

Jak osiągnąć cel leczenia u pacjenta z RZS?

Do momentu osiągnięcia pożądanego celu należy dokonywać korekty leczenia, nie rzadziej niż co 3 miesiące. Wskaźniki aktywności choroby powinny być oceniane systematycznie - raz w miesiącu w przypadku pacjentów z wysoką/umiarkowaną aktywnością

choroby lub rzadziej (co 3-6 miesięcy) u pacjentów z utrzymującą się niską aktywnością choroby albo w okresie remisji. Choć wyraźnym celem leczenia powinna być remisja, niską aktywność choroby można uznać, co potwierdziły dowody, za zadowalający alternatywny cel leczenia, zwłaszcza w przypadku długotrwałej zaawansowanej postaci schorzenia.

Podczas podejmowania decyzji klinicznych poza oceną wskaźników aktywności choroby należy uwzględnić zmiany strukturalne stawów i ograniczenie wydolności czynnościowej. Na wybór wskaźnika aktywności choroby i jego ostateczną wartość mogą wpływać współistniejące schorzenia, czynniki zależne od pacjenta oraz zagrożenia związane z lekami. Pacjent powinien być odpowiednio poinformowany przez prowadzącego reumatologa o celu leczenia oraz o planowanej strategii osiągnięcia tego celu. Pożądaný cel leczenia należy utrzymać przez cały przebieg choroby.

Podstawą leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów są syntetyczne leki modyfikujące jego przebieg. Najważniejszą rolę odgrywa tu metotreksat, który jest lekiem pierwszego rzutu. Powinno się dążyć do jego zastosowania u każdego chorego, nie należy go odstawić nawet w przypadku jego niepełnej skuteczności, a w wypadku wystąpienia objawów niepożądanych powinno się utrzymać najwyższą tolerowaną dawkę. Tylko z powodu pełnej jego nietolerancji można dobrać inne leki. Stosowany w dawkach terapeutycznych (25-30 mg/tydz.), zwłaszcza w postaci podskórnej, pozwala na uzyskanie remisji bądź niskiej aktywności choroby u zdecydowanej większości chorych (25-50 proc.). U pozostałych występuje konieczność dodania do metotreksatu innych leków syntetycznych (leflunomid, sulfasalazyna, chlorochina/hydroksychlorochina) lub biologicznych. Jednak warunkiem podstawowym powodzenia każdej innej terapii jest kontynuowanie leczenia metotreksatem, w tym przestrzeganie zalecanych dawek. Współpraca z pacjentem i akceptacja przez niego leczenia stają się więc kluczowe.

Najważniejsze problemy we współpracy z chorym

Jak wynika z publikowanych przez Tłustochowicza i wsp. danych polskich, największym problemem jest utrzymanie dawki rekomendowanej leku – zwykle jest ona obniżana do wartości nieskutecznej, a decyduje o tym zazwyczaj samowolnie chory mający różnych „doradców”. Jednym z powodów tego stanu jest obawa pacjentów przed toksycznością leków, zwykle wyolbrzymiana; dotyczy to szczególnie metotreksatu i glikokortykosteroidów. W przypadku glikokortykosteroidów, rzeczywiście bardzo toksycznych w przypadku przewlekłego, wieloletniego ich użycia, obawy te zwykle ustępują w trakcie terapii wraz z szybkim zmniejszaniem się lub nawet ustąpieniem podstawowych objawów choroby, a więc bólu, obrzęku stawów i ograniczenia ich ruchomości. Ta szybka, bo już po kilku dniach, i wysoka skuteczność leku powoduje, że część

pacjentów z czasem zaczyna się wręcz obawiać zmniejszenia dawek i odstawienia leku, którego stosowanie powinno być zakończone tak wcześnie, jak tylko jest to możliwe, nie później jednak niż w 6. miesiącu terapii. Pojawiające się po miesiącach lub latach powikłania są bardzo ciężkie i bezwzględnie nieodwracalne. Wadą metotreksatu, podobnie jak innych leków syntetycznych, jest jego wolne, wynikające z immunomodulującego wpływu na organizm, działanie. Dopiero po 2-3 miesiącach stosowania jego pełnych dawek pojawiają się pierwsze objawy poprawy, a ostateczne efekty widać po 4-6 miesiącach. Tymczasem najczęściej występujące działanie niepożądane, tj. dolegliwości dyspeptyczne, mogą się pojawić już po pierwszych dawkach, co często zniechęca pacjentów do tego bardzo dobrego leku. Drugie powikłanie, czyli wzrost aktywności transaminaz, ustępuje samoistnie lub po ewentualnym zmniejszeniu dawki leku i rzadko jest przyczyną zaprzestania leczenia. Szczera, wyjaśniająca rozmowa z pacjentem na temat pojawiających się działań niepożądanych jest więc niezbędna w momencie rozpoczynania terapii.

Metotreksat jest przyjmowany przez pacjentów raz w tygodniu w jednej porcji, co powinno poprawiać przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Potwierdza to jedno z badań, którego celem była ocena przestrzegania zaleceń przez pacjentów leczonych metotreksatem lub sulfasalazyną przez okres 6 miesięcy. Zgodność pacjentów w grupie sulfasalazyny wynosiła 72 proc. w porównaniu ze 100-proc. zgodnością w grupie metotreksatu, a różnica była znamienna statystycznie. Niestety obserwacja ta kończyła się po 6 miesiącach. W innych opracowaniach podano, że przyjmowanie leku doustnie nieregularne lub w niepełnych dawkach dotyczy ok. 15 proc. chorych. Wydaje się, że istotnym postępek i w tym względzie jest zastosowanie leku podskórnie, co jest zalecane w przypadku niepełnej skuteczności leku doustnego lub występujących po nim dolegliwości dyspeptycznych.

Leczenie lekiem podawanym pozajelitowo budzi uzasadnione obawy o strach chorego przed jego samopodawaniem, zwłaszcza o lęk przed bólem w czasie wklucia, jak też reakcje w miejscu podania. Jednak w badaniach w dużych grupach chorych ocenę bardzo dobrą i dobrą tej formie leczenia wystawiło 87,6 proc. chorych i 92,8 proc. lekarzy bądź pielęgniarek. Ogólnie 96 proc. chorych opisało uczucie w czasie zastrzyku jako komfortowe lub tolerowalne. Pacjenci twierdzili, że samopodawanie leku czyni ich bardziej niezależnymi (89,1 proc.) i poprawia jakość życia (83,6 proc.), a 96,3 proc. chorych uważało się za przygotowanych do stosowania tej formy leku.

Problem zgodności stosowanego leczenia z obowiązującymi rekomendacjami dotyczy nie tylko chorych, ale także lekarzy. Tylko 51 proc. spośród 411 ankietowanych lekarzy przestrzegało rekomendacji. Nieprzestrzeganie zaleceń sprowadzające się do stosowania niższych dawek metotreksatu stwierdzono u 24 proc. lekarzy, a wyższych dawek - u 25 proc. Zmniejszenie aktywności choroby było znamienne statystycznie

wyższe w grupie przestrzegającej zaleceń, podobnie jak w zwiększającej zalecane dawki. Grupa, w której stosowano wyższe dawki, nie różniła się od tej, w której ich przestrzegano, nie było więc potrzeby narażania chorego na potencjalnie większą toksyczność leku, mimo iż odstawienie leku z powodu działań niepożądanych było podobnie częste we wszystkich grupach. Autorzy wnioskowali, że przestrzeganie zaleceń terapeutycznych także przez lekarzy jest korzystne dla pacjenta, gdyż poprawia skuteczność bez wzrostu toksyczności.

Czy lekarz zawsze wie lepiej?

Istotnym postępowaniem w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów stały się leki biologiczne, które dodane do metotreksatu w przypadku jego nieskuteczności (nie jest zalecane stosowanie leków biologicznych w monoterapii, ponieważ zdecydowanie zmniejsza się wtedy ich skuteczność) pozwalają na uzyskanie celu terapeutycznego u ok. 70 proc. chorych. Są one podawane pozajelitowo w formie wlewów dożylnych lub wstrzyknięć podskórnych, przy czym obie drogi są równoważne klinicznie.

Interesujące wyniki otrzymano z międzynarodowego badania RAISE, w którym określano poziom świadomości lekarzy reumatologów na temat codziennego życia pacjentów chorych na RZS leczonych terapiami biologicznymi. W badaniu tym ustalano także okoliczności podawania leku biologicznego – identyfikowano problemy i uciążliwości z tym związane (zwłaszcza percepcję bólu wywołanego podaniem preparatu); szacowano, jaka część pacjentów samodzielnie wstrzykuje sobie lek, a ilu korzysta z pomocy osób bliskich lub personelu medycznego; określano preferowaną formę podania leku oraz częstotliwość przyjmowania kolejnych dawek; oceniano poziom zadowolenia ze skuteczności i bezpieczeństwa obecnie dostępnych terapii.

Lekarze uważali, że wykonanie zastrzyku podskórnego jest dla pacjenta łatwe lub bardzo łatwe, problemy z otwarciem opakowania są rzadkie (u 14 proc.), częstsze z użyciem wstrzykiwacza (u 43 proc.), a ta droga podania jest preferowana przez chorych (83 proc.), którzy rzadko decydują się na leczenie drogą dożylną (3 proc.). Według lekarzy 85 proc. chorych wykonuje iniekcje samodzielnie, a preferowana częstość podawania leku to co miesiąc. Również chorzy nie zgłaszali istotnych problemów z otwarciem opakowania (wystąpiły u 17 proc.) i obsługą wstrzykiwacza (16 proc.). Pacjenci zgłaszali natomiast strach przed igłą (24 proc.), częstsze występowanie działań niepożądanych po lekach podskórnych (24 proc. vs. 10 proc.), najczęściej ból (17 proc.) i uczulenie w miejscu wkłucia (8 proc.). Na skutek tego u co 4. pacjenta zastrzyk wykonuje osoba druga, najczęściej pielęgniarka. Drogę podskórną podania leku preferuje 38 proc. chorych, dożylną – 39 proc., dla pozostałych jest to bez znaczenia. Wyniki te znacznie więc odbiegają od poglądów lekarzy. Preferowana przez pacjentów częstość

podania leku to raz na miesiąc lub rzadziej. Wydaje się więc, że w wyborze drogi podania leku czynnie powinien uczestniczyć chory, co zdecydowanie poprawi stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

W badaniu opisanym przez van Hulst oceniono czynniki wpływające na decyzję lekarza i pacjenta o intensyfikacji leczenia. W badaniu wzięło udział 106 reumatologów i 213 pacjentów. Uczestnicy wybierali z 5 czynników najważniejszy. Dla lekarzy reumatologów najważniejsze były kryteria naukowe: liczba obrzękniętych stawów, aktywność choroby oceniana za pomocą wskaźnika DAS28, zwiększenie liczby nadżerek na powierzchniach stawowych oraz porównanie aktywności choroby obecnie i 3 miesiące wcześniej. Dla pacjentów natomiast ważne okazały się: stopień sprawności funkcjonalnej, motywacja do osiągnięcia poprawy, zaufanie do lekarza, satysfakcja z obecnego leczenia lekami modyfikującymi przebieg choroby, a na końcu liczba bolesnych stawów [2].

Tabela 2. Czynniki wpływające na decyzję lekarza i pacjenta o intensyfikacji leczenia RZS

NAJWAŻNIEJSZE CZYNNIKI	
Lekarz	Liczba obrzękniętych stawów
	Wartość DAS28
	Ocena aktywności przez lekarza VAS
	Zwiększenie liczby nadżerek
	Porównanie DAS28 obecnie i 3 miesiące wcześniej
Pacjent	Stopień sprawności fizycznej
	Motywacja do osiągnięcia poprawy
	Zaufanie do lekarza
	Satysfakcja z obecnego leczenia LMPCh
	Liczba bolesnych stawów

Podsumowanie

Czynniki wpływające na decyzję o intensyfikacji leczenia różnią się więc znacząco między lekarzami i pacjentami. Różnice te mogą tłumaczyć, dlaczego wytyczne do osiągnięcia i utrzymania ścisłej kontroli aktywności choroby często nie są przestrzegane.

Dlatego też w reumatologii wszystkie zalecenia podkreślają znaczenie współpracy pacjenta z lekarzem. Oczywiście to lekarz powinien wyznaczać kierunki tej współpracy, ale tylko w przypadku akceptacji chorego można osiągnąć satysfakcję przez obie strony.

Pytania kontrolne

1. Do czynników wpływających na decyzję pacjenta o intensyfikacji leczenia należą:

- A. Stopień sprawności funkcjonalnej
- B. Motywacja do osiągnięcia poprawy
- C. Zaufanie do lekarza
- D. Wartość wskaźnika DAS
- E. Liczba bolesnych stawów

Odpowiedzi:

1. A, C 2. A, B, C, E 3. B, D 4. wszystkie 5. tylko E

2. W przypadku stosowania leków biologicznych podawanych podskórnymi obawy pacjentów dotyczyły:

- A. Strachu przed igłą
- B. Częstszego występowania działań niepożądanych po lekach dożylnych niż podskórnych
- C. Występowania bólu i uczulenia w miejscu wkłucia
- D. Otwarcia opakowania zewnętrznego i wewnętrznego

Odpowiedzi:

1. A, D 2. A, B, C, E 3. B, D 4. Wszystkie 5. A, C

Warto przeczytać

1. Takeuchi T., Smolen J.: Poradnik dla pacjentów. Leczenie ukierunkowane na cel w reumatoidalnym zapaleniu stawów.
2. www.rzsdolaczdodzialania.pl.
3. Smolen J., Landewé R., Breedveld F. et al.: EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann. Rheum. Dis.*, 2014; 73, 492-509.
4. van Hulst L. et al.: Rheumatoid arthritis patients and rheumatologists approach the decision to escalate care differently: results of a maximum difference scaling experiment. *Arthritis Care Res.*, 2011; 63: 1407-1414.

Prawidłowe odpowiedzi na pytania kontrolne: 1. 2, 2. 5

CZĘŚĆ C

**NIEPRZESTRZEGANIE
ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH**

MATERIAŁY DODATKOWE

1. Komunikacja lekarza z pacjentem

mgr Zbigniew Kowalski

Komunikacja z pacjentem.pl, Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej

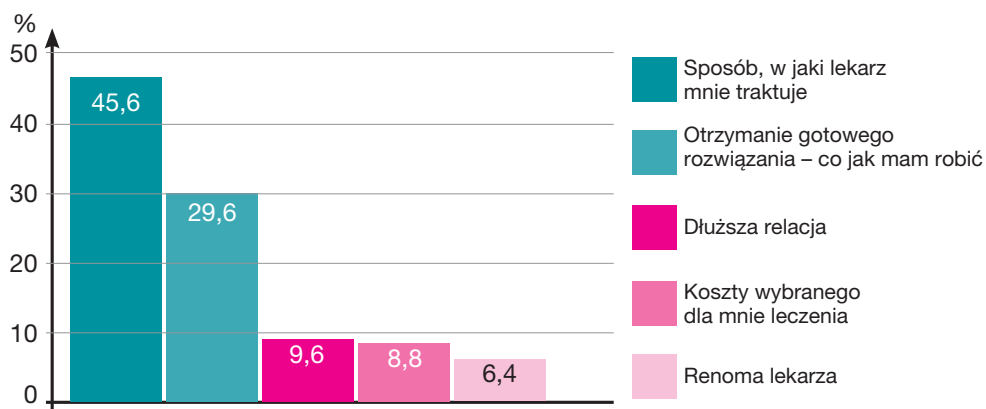
Zjawisko współodpowiedzialności lekarza i pacjenta za efekty leczenia (*concordance*) jest opisywane w literaturze medycznej od niedawna, a pierwsze publikacje na ten temat pojawiły się głównie w pracach nad ograniczaniem ryzyka sercowo-naczyniowego, czyli najczęstszych przyczyn śmiertelności na świecie, ale także w literaturze omawiającej leczenie chorób układu oddechowego lub schorzeń onkologicznych.

Bardzo często terapia chorób przewlekłych nie ogranicza się jedynie do regularnego przyjmowania leków, ale dotyczy także aktywności fizycznej, zmiany sposobu odżywiania, walki z nałogami itp. Dla zdecydowanej większości pacjentów są to istotne wyzwania, gdyż wymagają zmian najtrudniejszych, bo odbywających się w stylu życia. Jeśli zmiana trybu życia jest wyłącznie poleceniem lekarza, motywacja pacjentów jest znacząco niższa. Zwykle ludzie nie lubią poleceń, bez względu na ich wagę. Jedną z podstawowych ludzkich potrzeb jest uwolnienie spod presji. Oznacza to, że im bardziej zmiana w stylu życia pacjenta jest jego pomysłem i pochodzi z jego wnętrza, tym większa szansa, że będzie w tej zmianie konsekwentny. Dlatego sposób prowadzenia rozmów i metody budowania relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem powinny prowadzić do dzielenia się odpowiedzialnością. Po trafnej diagnozie i wyborze metody leczenia znacznie większa odpowiedzialność spada na pacjenta.

Jak wynika z powyższego, odpowiedzialność za efekty leczenia powinna być podzielona między lekarza i pacjenta. Prawie nigdy ten podział nie wynosi 50/50. Jednak sztuką dobrego spotkania, dobrej rozmowy i właściwie przeprowadzonej wizyty

lekarskiej jest jasność, zrozumienie i pełna akceptacja zadań. To znaczy, że gdy pacjent opuszcza gabinet lekarza, obie strony relacji muszą wiedzieć, z czym się rozstają: z jakimi zadaniami, z jaką wiedzą i z jakim planem działania na przyszłość.

Oczekiwania pacjentów wobec lekarzy były przedmiotem badań własnych, którymi zostało objętych 250 pacjentów, a wyniki zawierają rysunki 1-3.



Rysunek 1. Co powoduje, że ty także czujesz się współodpowiedzialny za efekty leczenia?

Oczekiwania pacjentów i oczekiwania lekarzy. Skąd się biorą problemy komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent?

Kiedy jeden człowiek potrzebujący pomocy (pacjent) przychodzi po tę pomoc do drugiego człowieka, specjalnie do udzielania takiej pomocy przygotowanego (lekarza), to w zasadzie nie ma prawa zdarzyć się nic przykrego. Wiemy wszak z własnych doświadczeń, niezależnie od tego, czy jesteśmy pacjentami, czy lekarzami, że takie spotkanie niesie z sobą ładunek napięcia emocjonalnego, a czasem stresu.

Jak to się dzieje, że w tak, wydawałoby się, ułożonej sytuacji dochodzi do napięć? Dlaczego spotkania pacjentów z lekarzami bywają trudne? Na bazie cytowanych tu wcześniej badań możemy stwierdzić, że pacjenci bywają mocniej nakierowani na jakość kontaktu, lekarze z kolei miewają – w zgodzie z nauką – skłonność do posługiwania się prawdą udowodnioną. Poza tym, co wiemy choćby z medialnie głośnych protestów, lekarze zajęci administracją mają zbyt mało czasu, aby pacjentów traktować po ludzku – spojrzeć w oczy, zamienić kilka niezobowiązujących zdań o swoich odczuciach itp.

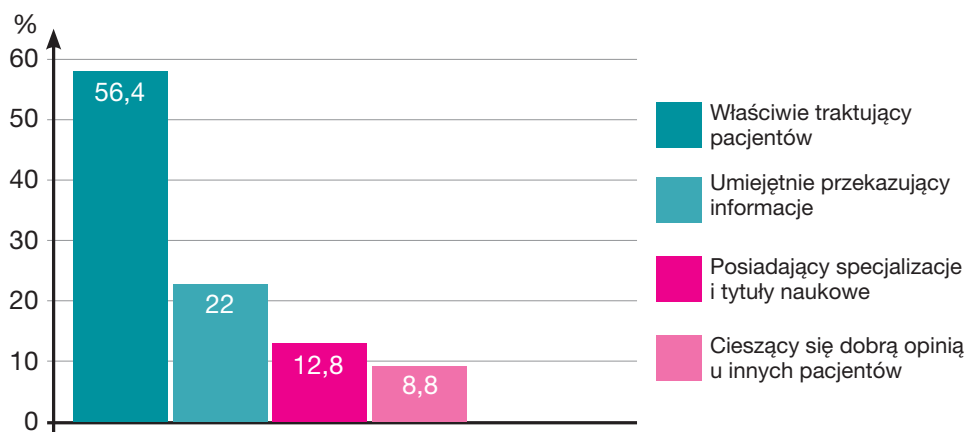
W ten sposób dochodzimy do generalnego wniosku, potwierdzonego także przez autorów książki. Autorzy ci słusznie sugerują, iż problemy w relacjach lekarz – pacjent pochodzą głównie z nadmiernych oczekiwań wobec siebie. Wiele wyników badań także potwierdza, że pacjenci chcą od lekarzy tego, czego nie mogą

dostać, natomiast lekarze oczekują niemożliwego od pacjentów. W każdym związku, w każdej relacji niespełnione oczekiwania wróżą niepomyślnie. Cytując wspomnianych wyżej autorów, warto dodać, iż na tle tychże oczekiwań powstały nawet swego rodzaju mity, jaki powinien być idealny lekarz zdaniem pacjentów i jaki powinien być idealny pacjent zdaniem lekarzy. Oto, jak się przedstawiają te mity społeczne:

Tabela 1. Mity i powszechne przekonania społeczne dotyczące wzajemnych oczekiwań lekarzy i pacjentów (według: M. Ford i P.R. Myerscough)

Mity o LEKARZACH (Zdaniem pacjentów)	Mity o PACJENTACH (Zdaniem lekarzy)
<ul style="list-style-type: none"> • Wie wszystko i wszystko może • Zawsze jest miły i uprzejmy • Zawsze obecny i dyspozycyjny • Słucha uważnie i reaguje z empatią • Unika konfrontacji • Pozwala pacjentowi podejmować decyzje • Chętnie słucha, a niechętnie ocenia • Tworzy atmosferę bliskości • Dostosowuje się do każdego pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> • Otwarcie wyraża swoje problemy • Wyraża się zwięźle i precyzyjnie • Zawsze jest na czas i nigdy nie przedłuża wizyty • Jest ubrany tak, by łatwo go było zbadać • Jest czysty i ładnie pachnie • Zawsze akceptuje poradę lekarza • Sam nigdy nie udziela rad • Skrupulatnie stosuje się do wszystkich zaleceń • Łatwo i szybko zmienia swoje nawyki

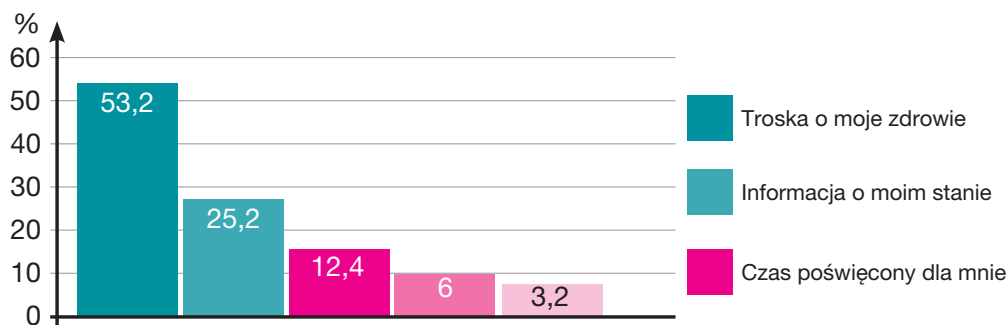
Pacjenci chcieliby być leczeni przez tzw. dobrego lekarza. To powszechne sformułowanie skłoniło mnie do przemyśleń, a następnie do badań dotyczących źródeł powstawania opinii o lekarzach. Pacjenci nie mają wiedzy (narzędzi) do merytorycznej



Rysunek 2. Co według Ciebie oznacza sformułowanie „dobry lekarz”?

oceny, czy lekarz, który się nimi opiekuje, jest dobry, czy też nie. Jednak każdy pacjent potrafi wydać taką opinię bez najmniejszego problemu. Na jakiej podstawie? We wspomnianym wcześniej badaniu opinii polskich pacjentów pytanie to zadaliśmy wprost.

Gdy zapytaliśmy pacjentów, co ma dla nich znaczenie w kontakcie z lekarzem, co się liczy naprawdę i czego najbardziej oczekują, uzyskaliśmy następujące odpowiedzi:



Rysunek 3. Jakie są twoje kluczowe oczekiwania dotyczące kontaktu z lekarzem?

Nastawienie i wewnętrzna dyspozycja lekarza – nastawienia, które możemy wnieść do dobrego spotkania i dobrej relacji

Pośród cech, które mają szczególne znaczenie dla jakości naszego kontaktu z innymi ludźmi, są trzy, które wymagają szczególnej uwagi:

- ♦ ŻYCZLIWOŚĆ,
- ♦ OTWARTOŚĆ,
- ♦ ODPOWIEDZIALNOŚĆ.

Cechy te równie dobrze możemy nazwać postawami (formą nastawienia), ponieważ nad każdą z nich można pracować.

Praktyczna sytuacja do rozważenia

Wyobraźmy sobie, że do gabinetu lekarza wchodzi pacjent. Widzą się pierwszy raz. Pacjent odczuwa stres związany z wizytą u lekarza, ponieważ:

- ♦ nie wie nawet, co mu dolega, bo poprzednio odwiedzony lekarz mu tego dokładnie nie wyjaśnił, a dolegliwości są uciążliwe,
- ♦ ma trudną sytuację w pracy i boi się, że przez chorobę dodatkowo ją zaniedba,
- ♦ brakuje mu pieniędzy i obawia się, że lekarz zapisze mu drogie leki,
- ♦ męczą go kolejki do lekarza i konieczność przemieszczania się komunikacją miejską przy 15-stopniowym mrozie, a nowy lekarz być może skieruje go na dodatkowe badania – i wiele, wiele innych obaw.

W tym czasie lekarz właśnie zakończył wizytę na oddziale. Jest po nocnym dyżurze i odczuwa zmęczenie. Dodatkowo:

- ♦ poprzedniego dnia dostał pismo z NFZ, że odkryto pewne nieprawidłowości w wypisanych przez niego receptach i należy to wyjaśnić pod sankcją kar finansowych,
- ♦ ordynator poinformował go, że ten nie może pojechać na kurs szkoleniowy za dwa tygodnie, bo grafik oddziału na to nie pozwala, a ukończenie tego kursu jest mu potrzebne; ponadto poniósł już związane z nim koszty,
- ♦ godzinę wcześniej nieznana osoba na korytarzu szpitalnym chciała wyładować swoje emocje i obraziła przechodzącego obok lekarza.

Pacjent z całym bagażem obaw staje w drzwiach gabinetu lekarza. Lekarz z całym bagażem własnych niepokojów i spraw do załatwienia spogląda na pacjenta. Na jego twarzy nie widać uśmiechu, bo pacjentowi wcale nie jest do śmiechu. Twarz lekarza też okazuje raczej zmęczenie i zniecierpliwienie niż chęć przyjaznego powitania:

- Słucham - burknął więc pod nosem lekarz.
- Przyszedłem po receptę - odpowiedział pacjent, bo uznał, że przyjaznej rozmowy to tu nie będzie, a najlepszą obroną jest atak.

Do czego lekarzowi w takiej sytuacji ŻYCZLIWOŚĆ?

Są teorie mówiące o tym, że życzliwość jest pochodną temperamentu, a ten - jak wiemy - jest dziedziczony. Oznacza to, że niektórzy z nas rodzą się życzliwi, a inni nie. Niemniej jednak według tej samej teorii istnieje pojęcie „życzliwości wyrozumowanej”, która jest wynikiem pracy nad sobą i osiągnięcia dojrzałości emocjonalnej, zdolności zarządzania sobą. Człowiek dorosły może być autentycznie życzliwy, jeśli tego chce. Życzliwość to nie tylko postawa, która mówi, że dobrze życzę innym. W kontakcie lekarz - pacjent znacznie ciekawsze jest pytanie o to, czego druga osoba życzy mnie. A w trudnej, dwuznacznej sytuacji nabiera to znaczenia wyjątkowego.

W powyżej przedstawionej sytuacji praktycznej pacjent może zakładać, że lekarz ma wszystkich, czyli - w tym momencie przede wszystkim jego - dość. To prawdopodobne, choć nieżyczliwe założenie. Lekarz z kolei nieżyczliwie może zakładać, że pacjent uważa się za mądrzejszego i traktuje lekarza jako maszynkę do wypisywania recept. Suma tych nieżyczliwych założeń z pewnością nie pomoże. Co robić?

Gdyby pacjent uznał, że lekarz ma trudny moment, jest przemęczony, odczuwa stres związany z innymi problemami i obowiązkami, mógłby do naszego przykładu dodać:

- Z ostatnio mi zapisanej recepty właśnie jutro kończą mi się tabletki, a lekarz, który poprzednio mnie leczył, zwracał mi uwagę, żeby nie pomijać dawek. Mam też swoją dokumentację, gdyby pan doktor chciał się zapoznać. Pomoże mi pan?

Gdyby lekarz uznał, że pacjent odczuwa stres, lęk oraz jest pełen obaw i niewiadomych, mógłby do naszego przykładu dodać:

- Bardzo dobrze, że pan pilnuje przyjmowania leków. Cieszę się, że ma pan dokumentację. To z pewnością pomoże. Proszę usiąść, a ja spokojnie się z nią zapoznam i zaraz chętnie z panem porozmawiam.

Gdyby sytuacja konfliktowa nie ustąpiła, możemy się posłużyć modelem porozumienia bez przemocy, którego twórcą jest amerykański psycholog Marshall Rosenberg. Model ten jest czteroetapowy i obejmuje:

- ♦ spostrzeżenia,
- ♦ uczucia,
- ♦ potrzebę,
- ♦ prośbę.

W praktyce (opisywanej powyżej przykładowej sytuacji) lekarz mógłby wykorzystać ten model tak:

- Widzę, że dokładnie pan wie, czego chce, i wymaga pan tego dość stanowczo. Czuję się tym nieco zakłopotany i jest mi niezręcznie, ponieważ zanim wypiszę receptę, chcę dokładnie znać pana stan i zrobić to zgodnie ze sztuką lekarską, potrzebuję więc chwili na to, aby się spokojnie zapoznać z dokumentacją, chwilę z panem porozmawiać i pana zbadać. Czy wobec tego zechce pan na moment usiąść, przejrzę dokumenty i zaraz wrócimy do rozmowy?

Do czego lekarzowi w takiej sytuacji OTWARTOŚĆ?

W Słowniku języka polskiego wydawnictwa PWN (www.sjp.pwn.pl) znajdziemy następujące definicje słowa „otwarty”:

- ♦ taki, który jest gotów na przyjęcie nowych idei lub propozycji; też o poglądach i postawie takiej osoby,
- ♦ taki, który nie ukrywa swoich myśli ani uczuć; też o zachowaniu i wyglądzie takiej osoby.

Potoczne rozumienie otwartości dotyczy także jakości kontaktu interpersonalnego. Jeśli lekarz jest otwarty, łatwiej zdobywa potrzebne mu do diagnozy i wyboru leczenia

informacje. Nie zakłada z góry, nie ocenia pochopnie, uwzględnia wiele szczegółów istotnych dla terapii i możliwości zbudowania relacji. Otwartość lekarza w opisanej powyżej przykładowej sytuacji jest zachętą, aby nie uważać, że jedynym oczekiwaniem pacjenta jest recepta.

Do czego lekarzowi w takiej sytuacji ODPOWIEDZIALNOŚĆ?

Poza konotacjami formalnoprawnymi za słowem „odpowiedzialność” kryje się też ciekawe spojrzenie neuropsychologiczne. Mówi się, że człowiek odpowiedzialny to człowiek, który nie działa pod wpływem impulsu, ale stara się przemyśleć sytuację, w której się znalazł – zawsze wie, co robi i dlaczego właśnie to. Człowiek jako ssak naczelny tym się wyróżnia od innych gatunków zwierząt, że wykształcił płaty czołowe, a dzięki temu zdolność przeanalizowania sytuacji, w której się znalazł, i wyboru najlepszego rozwiązania. Gdybyśmy jako ludzie nie korzystali z tej możliwości, zachowywalibyśmy się jak wiele innych zwierząt, które w trudnej emocjonalnie sytuacji posługują się jednym z dwóch odruchów: uciekaj lub walcz. Ani uciekaj, ani walcz nie jest dobrym zachowaniem w trudnej sytuacji między lekarzem i pacjentem. Współczesna psychologia takie zachowania nazywa programami gada lub odruchami gadzimi.

Odpowiedzialność więc w przytoczonej powyżej przykładowej sytuacji pomaga lekarzowi panować nad swoimi zachowaniami. Odpowiedzialność jest zachętą, aby nie starać się drugiej osoby zwalczyć, odgryźć się, pozbyć z pola widzenia. Odpowiedzialność to postawa, która nakazuje nam szukanie rozwiązania najlepszego dla obu stron, dla efektów terapii i jakości tej relacji.

Większość poradników motywacyjnych, zwłaszcza anglosaskich, zwraca uwagę na pozytywne nastawienie. W naszych warunkach kulturowych jesteśmy znacznie bardziej sceptyczni i czujni. Jednak warto zwrócić uwagę choćby na to, że pozytywne uczucia promieniają na otoczenie. Jeśli w kontakcie z innymi ludźmi zachowujemy się w sposób grzeczny, miły, uprzejmy i życzliwy, zwykle tak też nastrajamy otoczenie i ludzi, z którymi się spotykamy.

Przykład działań **pozbawionych odpowiedzialności** w praktycznej sytuacji:

- Słucham - burknął pod nosem lekarz.
- Przyszedłem po receptę - odpowiedział pacjent, bo uznał, że przyjaznej rozmowy to tu nie będzie, a najlepszą obroną jest atak.

Lekarz nieodpowiedzialnie:

- Jeśli ja tak zdecyduję, to ja panu wypiszę. W każdym razie zrobię to, co sam postanowię.

Pacjent nieodpowiedzialnie:

- A jeśli ja tak zdecyduję, to pójdę do innego lekarza, a pana opiszę w internecie.

Przykład działań odpowiedzialnych, które stworzą szansę na porozumienie w dalszej części rozmowy:

Lekarz odpowiedzialnie:

- Dobrze, że pan dba o przyjmowanie leków. Chciałbym pana zbadać i porozmawiać, aby móc wypisać receptę zgodnie ze wskazaniami.

Pacjent odpowiedzialnie:

- Poprosiłem o receptę, bo tyle akurat wiem o swoim leczeniu z doświadczenia. Jeśli jednak potrzebuje pan dodatkowych informacji, jestem do pana dyspozycji.

Podstawowe techniki komunikowania w relacji lekarza z pacjentem

Do porozumienia potrzebna jest wola obu stron rozmowy, spotkania. Możliwy jest brak woli z jednej lub obu stron, ale dobrze prowadzona rozmowa daje także możliwość wpływania na innych i powodowanie zmiany nastawienia. Uniwersalny model komunikowania się opisuje, iż satysfakcję ze spotkania i rozmowy ludzie czerpią wówczas, gdy spotkanie cechuje się następującą dynamiką:

Etap 1. – dostrojenie

Istota tego etapu w komunikacji polega na tym, aby obie strony relacji zaczęły „nadawać na tych samych falach”. Głównym celem dostrojenia jest pokonanie barier komunikacyjnych i zbudowanie zaufania. Istnieje wiele sfer dostrojenia, takie jak:

- ♦ Posługiwanie się językiem, którym mówi rozmówca. To zadanie trudne dla lekarzy, którzy na co dzień posługują się specjalistycznym żargonem i słownictwem nieużywanym przez większość pacjentów. W zasadzie wiele słów potocznych dla lekarzy to język obcy dla pacjentów;
- ♦ Odzwierciedlanie stanu emocjonalnego rozmówcy. Jeśli jest on zasmucony, zmartwiony lub wystraszony, dobrze jest dostrzec te emocje i nie reagować przeciwnościami – śmiechem, żartem ani beztroską. O wiele ważniejsze są zdolność słuchania lub zadanie pytania z troską niż konieczność natychmiastowego wydania opinii. Wiele osób niepotrzebnie uważa, że w trudnej sytuacji trzeba coś powiedzieć, mieć zdanie, udzielić rady naszemu rozmówcy. Dostrojenie często bywa skuteczniejsze dzięki uważnemu wysłuchaniu;
- ♦ Przyjęta postawa – mowa ciała. Introwertycy będą bardziej się dystansowali, odsuwali. Ekstrawertycy mogą mieć skłonność do pochylania się nad biurkiem, zbliżania do rozmówcy. Osoby bardziej zdystansowane czują się bezpieczniej, gdy są oddzielone biurkiem. Emocjonalne, otwarte i rozmowne

osoby wolą mniej barier. Jeśli warunki w gabinecie na to pozwalają, można ustawić krzesło z boku biurka, aby barier między rozmówcami było mniej;

- ♦ mówienie tym samym tonem głosu co rozmówca:

Typowa sytuacja opisująca mechanizm, który przeczy idei dostrojenia, przedstawia się następująco:

Pacjent tuż po wejściu do gabinetu, mocno podniesionym głosem.

- Co to ma znaczyć?! Byłem umówiony na 11.00, a jest 11.30! Ile mam czekać pod tymi drzwiami?! Nie życzę sobie takiego traktowania!

Lekarz monotonna, bez kontaktu wzrokowego:

- Proszę się uspokoić, pański krzyk nic tutaj nie pomoże.

Merytoryczne rozstrzygnięcie tej sytuacji niestety nie daje natychmiastowego rozwiązania. Większość osób jest gotowa przyznać rację lekarzowi, ale w trudnych interpersonalnie sytuacjach często nie chodzi o to, kto ma rację, ani udowodnienie swojej racji nie wpływa na zmianę nastawienia. Paradoksalnie, gdyby lekarz zareagował innym tonem, bardziej stanowczym i pokazującym pacjentowi, że ta sytuacja dla niego także nie jest komfortowa, mogłoby mu być łatwiej zniwelować to zdenerwowanie. Monotonny, a więc odwrotny ton w nerwowej sytuacji może być odebrany jako zlekceważenie. Co mógłby zrobić lekarz:

Lekarz (stanowczo, z pełnym przekonaniem, dynamicznie):

- Przepraszam, ale nie zawsze mogę zdecydować o tym, czy wizyty odbywają się na czas. Proszę usiąść. Zajmijmy się tym, z czym pan do mnie przyszedł;
- ♦ Uwzględnienie stylu funkcjonowania rozmówcy (jego typu osobowościowego) i mówienie do niego w sposób dostosowany do jego „widzenia świata” - jest to dość zaawansowana technika komunikowania się. Punktem wyjścia do rozważań na ten temat może być efekt wieloletniej pracy szwajcarskiego psychiatry i psychologa Carla Gustava Junga. Uwzględnienie cech indywidualnych rozmówcy jest narzędziem nie tylko ułatwiającym dostrojenie, ale także pomagającym radzić sobie z trudnymi sytuacjami. Kiedy mamy poczucie, że naprawdę nie rozumiemy się z naszym rozmówcą, indywidualne traktowanie go daje znakomite rezultaty.

Etap 2. – prowadzenie

To moment w rozmowie poświęcony „załatwieniu sprawy”. Na tym etapie obie strony dowiadują się, jak wygląda sytuacja, co jest celem, jak można go osiągnąć, jakie są szanse i zagrożenia. Prowadzenie to etap komunikowania się, w którym pojawia się

pomysł na działanie. W praktyce to na tym etapie lekarz mówi, jaka jest diagnoza, jakie są opcje leczenia, szanse, zagrożenia itp.

Etap 3. – pomost w przyszłość

Na tym etapie obie strony relacji dzielą się zadaniami i odpowiedzialnością. Dzięki pomostowi w przyszłość rozmówcy rozstają się i każdy z nich wie, co, dlaczego, jak i kiedy ma robić dalej, po spotkaniu. To na przykład moment, aby lekarz podał swoje zalecenia, a pacjent potwierdził, że je rozumie i wie, jak się do nich stosować. Troska o pomost w przyszłość wydaje się więc mieć niezwykle istotne znaczenie dla leczenia chorób przewlekłych.

Podstawowe techniki motywowania pacjentów do przestrzegania zaleceń lekarskich

Dwaj amerykańscy badacze motywacji i procesu decyzyjnego Muddock i Fulton piszą w swojej książce, że jedną z podstawowych ludzkich potrzeb jest uwolnienie się spod presji. Chyba większości z nas łatwo sobie przypomnieć dowolną sytuację, gdy naciskani przez kogoś lub przymuszani chcieliśmy się tego stanu pozbyć, uciec i działać po swojemu. Okazuje się, że ta potrzeba w relacji lekarz – pacjent bywa czasem rozumiana odwrotnie. Wielu lekarzy otwarcie przyznaje, iż próbuje pacjentów nastraszyć, aby ich zmobilizować.

Przykład 1:

- Jeśli nie będzie pani brała tych leków zgodnie z zaleceniami, sama pani sobie wyrządzi poważną krzywdę.

Przykład 2:

- Niech pan sam zdecyduje – albo chce pan żyć i rzuca pan palenie, albo już się panu życie znudziło i może pan sobie palić do woli.

Prawda jest zawsze mile widziana, ale czy prawda przedstawiona w ten sposób będzie dla pacjenta motywująca, by zmienił nawyki? Kierując się wspomnianą wyżej potrzebą, lekarze uznają, że jeśli pacjent poczuje presję choroby, będzie skrupulatnie się stosował do zaleceń, aby się spod tej presji uwolnić. Oczywiście taka sytuacja jest możliwa, ale nawet jeśli to zadziała, to na zbyt krótko. Mechanizmy motywujące mogą stworzyć potrzebę unikania presji, którą pacjenci będą kojarzyć o wiele bardziej z lekarzem i spotkaniem z nim niż z samą chorobą. To nie choroba zdaniem pacjenta będzie dla niego wymagająca (zwłaszcza jeśli na co dzień nie czuje jej objawów), tylko lekarz. A jeśli to lekarz tworzy presję podczas spotkań, pacjent będzie tych spotkań unikał. Strach powoduje napięcie mięśni, przyjęcie postawy gotowej do działania, ucieczki lub

walki, ale niewiele osób jest w stanie wytrzymać ten stan przez kilkadziesiąt lat trwania terapii choroby przewlekłej.

Uwolnienie spod presji oznacza także, a może przede wszystkim, możliwość podjęcia działań w zgodzie z własnymi przekonaniem, wartościami i według najlepszego dla zainteresowanego schematu postępowania. Jeśli lekarz dobrze pozna pacjenta, odkryje jego styl funkcjonowania i idące za nim motywacje, będzie zachęcał do działania. Jeśli lekarz będzie pytał, istnieje duża szansa na to, że wspólnie stworzą taki mechanizm leczenia, który pacjent będzie stosował na dłuższą metę.

Aby pacjent był zmotywowany do działania, musi znać CEL. Musi być on dla pacjenta atrakcyjny (do czego zmierzamy, jakie będę miał z tego korzyści). Drugim działaniem motywującym jest sprawienie, aby pacjent uwierzył, że ten cel DA SIĘ osiągnąć.

Przykładowe pytania wpływające na zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i zwiększające jego motywację do współpracy:

1. Co możemy zrobić, aby pan pamiętał o regularnym przyjmowaniu leków?
2. Mamy tu przygotowaną przez panią listę rzeczy, które może pani robić, aby się pozbyć nałogu. Proszę powiedzieć, które z tych rzeczy może pani robić codziennie.
3. Od momentu opuszczenia mojego gabinetu bardzo wiele będzie zależało już od pana. Wybrałem bardzo dobry lek, ale to, czy on będzie dobry dla pana, zależy już od pana i regularnego przyjmowania tego leku. Co chce pan zrobić w tym zakresie?

Sama świadomość CELU (rozumianego jako cel terapeutyczny) jest podkreślana przez niemal wszystkich badaczy motywacji. W swojej książce Daniel Pink zwraca uwagę na następujące czynniki wpływające na motywację:

- ♦ **autonomię** (możliwość posiadania wpływu na to, co robię, możliwość współdecydowania, możliwość robienia czegoś w sposób dostosowany do mojego stylu życia - absolutny brak presji),
- ♦ **mistrzostwo** (działanie na najwyższym poziomie, mistrzowskie osiągnięcie efektów, bycie świetnym w tym, co robię),
- ♦ **cel** (niepotrzebujący dodatkowego wyjaśniania).

Te trzy czynniki stanowią dla lekarza praktyczną odpowiedź, o czym i jak rozmawiać z pacjentem, aby go zmotywować do długotrwałego i trudnego wysiłku związanego ze zmianami nawyków, walką z nałogami i regularnym przyjmowaniem leków.

Frederick Herzberg, uznawany za jednego z najistotniejszych badaczy motywacji i satysfakcji, w swoich opracowaniach podkreśla wpływ czynników higienicznych i motywacyjnych. Poniższa tabela pokazuje, o które czynniki trzeba, a o które warto zadbać, aby motywować pacjentów do przestrzegania zaleceń terapii.

Tabela 2. Czynniki niezbędne (higieniczne) oraz dodatkowe (motywujące), które wpływają na dobrą współpracę w relacji lekarz – pacjent [na podstawie „The Motivation to Work” (New York: John Wiley and Sons, 1959), Frederick Herzberg]

CZYNNIKI HIGIENICZNE	CZYNNIKI MOTYWUJĄCE
Wszyscy ich oczekujemy, bez nich nasza motywacja jest trudna do osiągnięcia	Potrzebujemy ich, aby osiągnąć stan gotowości do podjęcia wysiłku, mogą stanowić dodatkowy napęd do działania)
Procedury Administracja Nadzór Relacje z osobami, z którymi współpracujemy	Osiągnięcia Uznanie Odpowiedzialność Rozwój Działanie jako takie
Nie lubimy się czuć kontrolowani, sprawdzani, zmuszani do działania pod wpływem urzędowych procedur, potrzebujemy przyjaznych relacji	Chcemy czuć, że się nam udaje, lubimy, gdy się nas chwali, lubimy mieć wpływ, chętnie się uczymy i rozwijamy, jeśli widzimy korzyść dla siebie

Warto przeczytać

1. Rosenberg M.B.: Porozumienie bez przemocy. Czarna Owca, Warszawa 2011.
2. Medicines concordance (involving patients in decisions about prescribed medicines). National Institute for Health and Clinical Excellence. 3 March 2008.
3. Ford M., Myerscough P.R.: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wydawnictwa Psychologiczne, Gdańsk 2002.
4. Badanie „Oczekiwania pacjentów wobec lekarzy” zostało przeprowadzone na zlecenie Zbigniewa Kowalskiego (komunikacja.zpacjentem.pl) przez firmę Data Broker w roku 2009. Badaniem tym zostało objętych 250 pacjentów w różnym wieku, z różnych części kraju.
5. Fulton R.L., Maddock R.C.: Marketing to the mind: right brain strategies for advertising and marketing, Quorum Books, Harvard 1996.
6. Pink D.: Drive. Kompletnie nowe spojrzenie na motywację. Studio Emka, Warszawa 2011.
7. Herzberg F.: The motivation to work. John Wiley and Sons, New York 1959.

2. Ocena ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych*

dr hab. n. zdr. Barbara Ślusarska

*Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

Poniżej przedstawiamy przykładowe narzędzie oceny sytuacji, w której pacjent nie przestrzega zaleceń terapeutycznych. Podejście systemowe do poznania przyczyn, dla których pacjenci nie przestrzegają zaleceń, może być pomocne w doborze koniecznych działań pielęgniarских.

Wykorzystaj podane pytania, aby zidentyfikować obszary, dla których istnieje ryzyko, że pacjent nie będzie przestrzegał zaleceń. Możesz skorzystać z dodatkowych podpowiedzi, aby uściślić informacje tam, gdzie klient sygnalizuje istnienie jakiegoś problemu. Jeżeli odpowiedzi pacjenta sugerują, że nie przestrzega on zaleceń terapeutycznych (lub istnieje takie ryzyko), sprawdź w katalogu pasujące do sytuacji diagnozy pielęgniarские.

Data: _____ Pielęgniarka: _____

Imię i nazwisko pacjenta:

DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE WYMIAR FIZYKALNY	OCENA
◇ Niewydolność ruchowa	Czy masz jakieś problemy, które utrudniają ci wykonywanie czynności niezbędnych do realizacji zaleceń terapeutycznych?
◇ Pogorszone poznanie	Czy przychodzą ci do głowy myśli, które zniechęcają cię do wzięcia leku lub przestrzegania zaleceń terapeutycznych? Czy masz problemy z koncentracją lub skupieniem uwagi? Czy czasami zapominasz, gdzie jesteś lub co robisz? Czy masz problemy ze zrozumieniem instrukcji i ich przestrzeganiem? Czy kiedykolwiek przyszło ci do głowy, że inni chcą cię skrzywdzić lub cię kontrolować?
◇ Uboczne skutki terapii lekowej	Czy zaobserwowałeś u siebie jakieś uboczne skutki działania leków, które nie minęły po pewnym czasie? Czy takie zjawisko może cię powstrzymać przed braniem kolejnych dawek takiego leku?
◇ Pogorszona pamięć	Czy masz problemy z pamiętaniem (o wzięciu leku, przestrzeganiu zaleceń żywieniowych, wizytach u lekarza)?
◇ Pogorszone funkcjonowanie układu mięśniowo-szkieletowego	Czy cokolwiek utrudnia ci wykonywanie prostych czynności (otwarcie pojemnika z lekami, wyjęcie leku z opakowania, podanie sobie insuliny, kontrolę poziomu cukru)?
◇ Ból	Czy odczuwasz ból, który przeszkadza Ci w realizacji zaleceń terapeutycznych?
◇ Gorsza percepcja	Czy słyszysz głosy, których inni nie słyszą? Czy te głosy utrudniają ci w jakikolwiek sposób przyjmowanie leków lub przestrzeganie zaleceń?
◇ Deficyt czuciowy	Czy masz problemy (ze wzrokiem, słuchem, smakiem, dotykiem, węchem), które utrudniają ci przyjmowanie leków, wykonywanie ćwiczeń, przestrzeganie diety?

DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE WYMIAR PSYCHOLOGICZNY	OCENA
◇ Zdolność do przestrzegania zaleceń	Czy jesteś w stanie przestrzegać zaleceń diety, ćwiczeń fizycznych lub farmakoterapii zleconych ci przez pracownika opieki zdrowotnej?
◇ Nadużywanie alkoholu, narkotyków, papierosów	Czy pijesz alkohol, bierzesz narkotyki lub palisz papierosy, aby zmniejszyć lub usunąć objawy swojej choroby?
◇ Lęk	Czy często czujesz takie napięcie lub zdenerwowanie, że nie możesz wziąć leku, podjąć decyzji, zgłosić się na wizytę?
◇ Skomplikowane zalecenia terapeutyczne	Czy twój lekarz zlecił ci więcej niż 5 różnych leków? Czy zlecił ci leki, które należy brać częściej niż 2 razy dziennie?
◇ Wyparcie	Czy zgadzasz się z diagnozą choroby przedstawioną ci przez lekarza? Czy uważasz, że twoja choroba jest poważna?

DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE WYMIAR PSYCHOLOGICZNY	OCENA
◊ Zmęczenie	Czy często czujesz się zbyt zmęczony, aby wziąć lekarstwo, wziąć je ponownie, zgłosić się na wizytę, wykonać ćwiczenie, przygotować sobie posiłek?
◊ Strach	Czy jest coś w twojej chorobie lub terapii, co wywołuje twój strach? Czy boisz się, że się uzależnisz od leków?
◊ Przekonania zdrowotne niezgodne z zaleceniami	Co według ciebie najlepiej pomaga ci radzić sobie z wymienionymi objawami? Czy myślisz, że twoje lekarstwa, dieta, terapia pomagają ci zwalczać objawy twojej choroby? Czy stosujesz inne środki, które uważasz za skuteczniejsze niż leczenie zalecone ci przez lekarza?
◊ Poczucie braku nadziei	Czy często czujesz się osłabiony przez chorobę i terapię? Czy wydaje ci się, że nie dasz sobie rady? Czy chciałbyś się poddać?
◊ Analfabetyzm	Czy umiesz czytać? Czy masz trudności z odczytaniem zaleceń lub informacji przekazanych ci przez pracownika opieki zdrowotnej?
◊ Brak wiedzy	Czy znasz postawioną ci diagnozę? Co się wydarzyło, kiedy zacząłeś chorować? Czy znasz nazwy leków oraz sposób ich dawkowania? Jakie leczenie zalecił ci lekarz (lekarstwa, ćwiczenia, dieta)? Czy przestrzegasz zaleceń terapeutycznych przyjmowania leków, wykonywania ćwiczeń, stosowania diety nawet wtedy, gdy nie czujesz się chory?
◊ Nieprzestrzeganie zaleceń	Czy przestałeś np. przyjmować leki, zgłaszać się na wizyty, przestrzegać diety, stosować ćwiczenia fizyczne, nie informując o tym swojego lekarza lub pielęgniarki w ciągu ostatniego roku? Czy kiedykolwiek brałeś większe albo mniejsze niż zalecone dawki leków?
◊ Brak reakcji na leczenie	Czy objawy choroby utrzymują się, nawet kiedy przestrzegasz zaleceń?
◊ Niska samowystarczalność	Czy myślisz, że to inni ludzie decydują o tym, na ile jesteś zdrowy lub chory? Czy myślisz, że twoja choroba to przypadek?
◊ Negatywny wizerunek własny, niska samoocena	Czy przyjmowanie leków (przestrzeganie zaleceń terapeutycznych) wpływa na to, jak się czujesz, co myślisz o sobie, jak funkcjonujesz?
◊ Myśli samobójcze	Czy miałeś myśli samobójcze, które spowodowały, że przerwałeś leczenie?
◊ Podejrzenie	Czy wierzysz w to, co ci mówi twój lekarz lub pielęgniarka? Czy myślisz, że twój lekarz, pielęgniarka, farmaceuta, terapeuta mógłby zrobić coś na twoją szkodę?
◊ Wyczerpanie terapią	Od jak dawna leczysz się w związku z aktualną chorobą? Od jak dawna powinieneś się leczyć? Czy zastosowana terapia była zadowalająca? Dlaczego tak? Dlaczego nie?

DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE WYMIAR SPOŁECZNO-KULTUROWY I ŚRODOWISKOWY	OCENA
◊ Zdolność dostosowawcza	Na ile przestrzeganie planu terapeutycznego (przyjmowanie leków, przestrzeganie diety, ćwiczenia fizyczne, zgłaszanie się na wizyty) pozostaje w zgodzie z twoim dotychczasowym stylem życia?
◊ Przepiętowanie	Czy są jakieś elementy związane z bezpieczeństwem w twoim domu lub sąsiedztwie, które utrudniają ci przestrzeganie zaleceń terapeutycznych?
◊ Przekonania kulturowe	Do jakiej grupy kulturowej lub etnicznej należysz? Jak grupa ta postrzega twoją chorobę i leczenie?
◊ Rodzina dysfunkcyjna	Czy twoja rodzina (lub inne bliskie ci osoby) ingeruje w branie leków lub przestrzeganie zaleceń terapeutycznych albo zniechęca cię do tego?
◊ Postawa rodziny niezgodna z zaleceniami	Co twoja rodzina (lub inne bliskie ci osoby) myśli o diagnozie? Co myśli o leczeniu, które zostało ci zalecone?
◊ Zbyt niski dochód	Ile kosztuje twoje leczenie? Jak te koszty mają się do twojego budżetu? Czy twój lekarz, pielęgniarka, farmaceuta, terapeuta, akceptują twój sposób zapłaty?
◊ Brak wsparcia społecznego	Czy są w twoim życiu ważne osoby lub grupy, które cię wspierają i pozostają z tobą w kontakcie? Czy masz jakieś wsparcie w swoim środowisku lokalnym?
◊ Napiętnowanie	Czy zachowujesz swoją chorobę i/lub leczenie w tajemnicy? Czy boisz się, że gdyby inni dowiedzieli się o twojej chorobie lub leczeniu, miałyby to negatywne skutki?
◊ Brak transportu	Czy masz problemy z dojazdem, które uniemożliwiają ci przyjmowanie leków, zgłaszanie się na wizyty i robienie zakupów spożywczych?
◊ Brak zaufania lub niskie zaufanie do pracownika opieki zdrowotnej	Czy myślisz, że twój lekarz lub pielęgniarka rozumie twoje uczucia i poglądy na temat twojej choroby i leczenia?

DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE WYMIAR DUCHOWY	OCENA
◇ Poglądy religijne niezgodne z zaleceniami dotyczącymi leków, diety, aktywności fizycznej, rodziny, środowiska lokalnego	Czy twoje poglądy i/lub praktyki religijne stoją w konflikcie z zaleceniami terapeutycznymi?
◇ Poglądy duchowe, niezgodne z zaleceniami dotyczącymi leków, aktywności fizycznej, rodziny	Czy twoje poglądy i/lub praktyki duchowe stoją w konflikcie z zaleceniami terapeutycznymi?
◇ Udręka duchowa	Czy twoja choroba lub zalecenia terapeutyczne są wyzwaniem dla twoich poglądów duchowych i/lub religijnych lub dla twojej umiejętności zachowania nadziei i poczucia sensu życia?

**Praca zbiorowa. Współpraca z pacjentami i ich rodzinami – w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Katalog pojęć ICNP. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Makmed 2010.*

3. Zalecenia dla lekarza POZ prowadzącego pacjenta z astmą lub POChP

dr n. med. Izabela Kupryś-Lipińska, profv. dr hab. n. med. Piotr Kuna
*Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, II Katedra Chorób Wewnętrznych
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

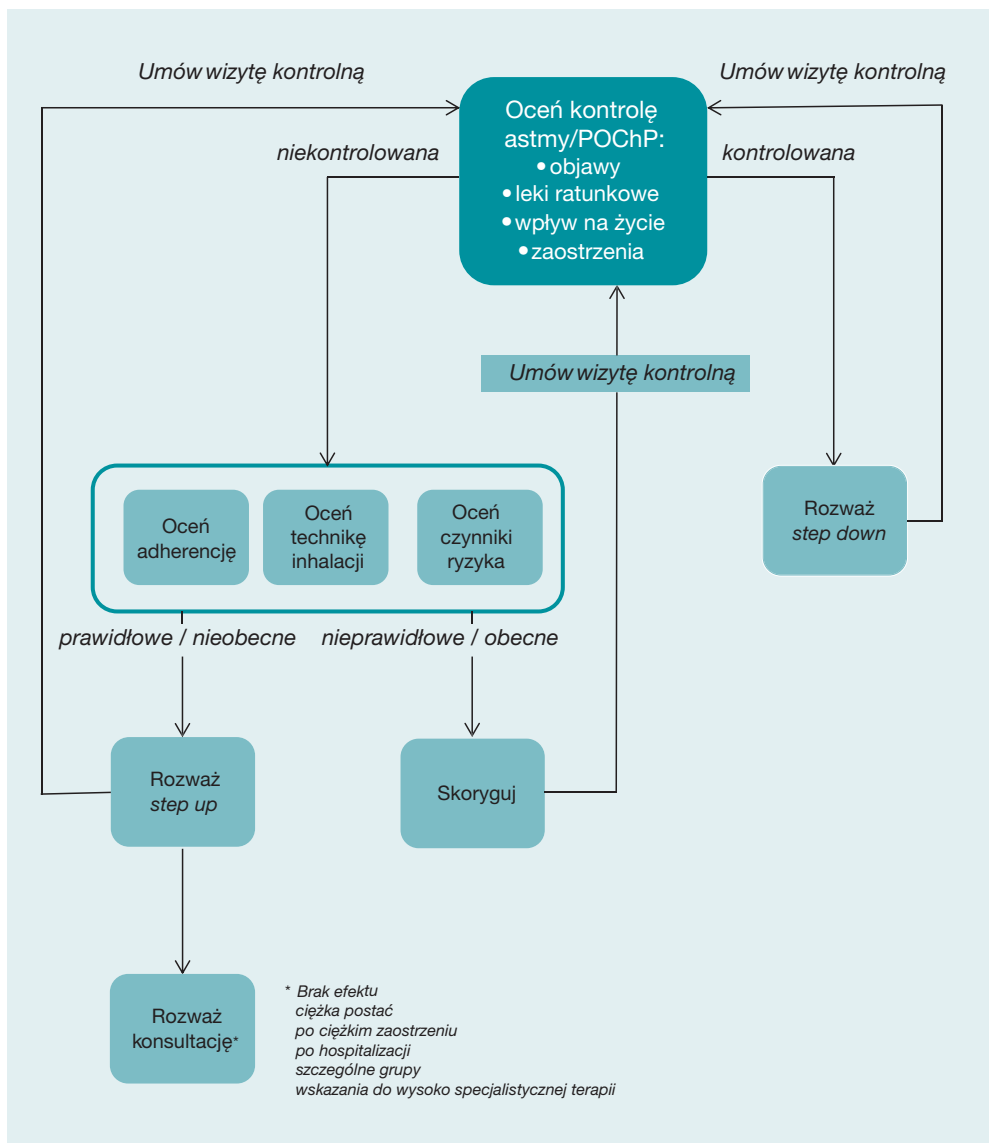
Skutkiem nieprzestrzegania zaleceń i złej techniki inhalacji u chorych na astmę i POChP są utrata przez pacjenta możliwości poprawy stanu zdrowia, częstsze hospitalizacje i ryzyko przedwczesnego zgonu w przebiegu choroby, a dla systemu ochrony zdrowia strata leków i sumarycznie wyższe koszty leczenia, natomiast w wymiarze społecznym pogorszenie produktywności u dorosłych oraz gorsze wyniki edukacji wśród dzieci i młodzieży szkolnej z powodu absencji chorobowej i wpływu objawów choroby na zdolności poznawcze. Skuteczna interwencja poprawiająca przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i technikę inhalacji u chorych stosujących aerozoloterapię może dać lepsze efekty niż wprowadzenie kolejnego leku do terapii astmy, dlatego:

1. Edukuj chorego i jego rodzinę od pierwszej wizyty i postawienia rozpoznania w zakresie:
 - ♦ istoty choroby,
 - ♦ różnic między lekami doraźnymi i kontrolującymi chorobę,
 - ♦ techniki inhalacji leków,
 - ♦ zapobiegania zaostrzeniom,
 - ♦ możliwości samodzielnego monitorowania kontroli choroby,
 - ♦ symptomów pogorszenia kontroli choroby, postępowania w zaostrzeniu oraz tego, kiedy i gdzie szukać pomocy medycznej, gdy jest ona konieczna,

- ♦ postępowania według indywidualnego planu leczenia opracowanego przez lekarza, w tym postępowania w zaostrzeniach,
 - ♦ możliwych działań ubocznych stosowanych leków i postępowania w przypadkach ich wystąpienia;
2. Przygotuj pisemny plan leczenia, który:
- ♦ musi zawierać informacje o leczeniu podtrzymującym i doraźnym oraz o postępowaniu w razie pogorszenia kontroli choroby,
 - ♦ powinien zawierać informacje, kiedy choroba jest kontrolowana, jakie są objawy pogorszenia kontroli i jakie są objawy alarmowe;
3. Każdorazowo oceń chorego na astmę i POChP pod kątem stosowania się do zaleceń terapeutycznych, w tym poprawności techniki inhalacji, w szczególności jeśli choroba nie jest skutecznie kontrolowana:
- ♦ pytaj, jakie leki pacjent stosuje (sprawdź, czy pamięta nazwy),
 - ♦ pytaj, jak stosuje leki, i nie poprzestawaj na odpowiedzi „Tak jak pan/pani doktor zalecił/-a”,
 - ♦ sprawdź, czy przychodził planowo na wizyty, a jeśli długo nie był, zapytaj, kto wypisał leki i jakie,
 - ♦ pytaj, czy zmieniał dawkowanie, kiedy czuł się gorzej, a kiedy czuł się lepiej – czy redukował leki,
 - ♦ pytaj, czy kiedy opóźniał dawkowanie lub zapominał o przyjęciu leku, pojawiały się objawy, a następnie ile razy w tygodniu czy w miesiącu zdarzały się sytuacje, że zapominał lub nie brał leków o czasie,
 - ♦ pytaj o objawy niepożądane i w przypadku ich pojawienia się o postępowanie pacjenta,
 - ♦ zapytaj, czy pacjent miał jakieś problemy z inhalatorem,
 - ♦ poproś, aby zademonstrował, jak przyjmuje lek z inhalatora, a jeśli nie ma go z sobą, by je przyniósł na kolejną wizytę,
 - ♦ oceniaj narażenie na dym tytoniowy, zastosuj zasadę minimalnej interwencji 5P u chorych palących tytoń,
 - ♦ stosuj techniki poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych;
4. Pytaj o preferencje pacjenta i jego cele terapii, omów możliwości ich realizacji i uwzględniaj je w miarę możliwości w proponowanym leczeniu:
- ♦ pytaj, co w terapii dla chorego jest najważniejsze, czego się obawia, co chciałby wiedzieć,
 - ♦ pytaj, z którym typem inhalatorów chory sobie dobrze radzi i do którego ma zaufanie,

- ♦ pytaj o dostępność cenową, w szczególności przy lekach nierefundowanych lub z wysoką dopłatą i u chorych obciążonych licznymi chorobami;
5. Upraszczaj terapię:
- ♦ minimalizuj liczbę leków przez stosowanie preparatów złożonych, jeśli to możliwe,
 - ♦ stosuj, jeśli to możliwe, jeden typ inhalatora lub inhalatory o zbliżonej technice inhalacji,
 - ♦ redukuj częstość dawkowania w ciągu doby,
 - ♦ zastosuj terapię jednym inhalatorem w leczeniu podtrzymującym i doraźnym u chorych na astmę, którzy do takiej terapii mają wskazania;
6. Modyfikuj terapię, dopasowując do aktualnego stanu pacjenta:
- ♦ u pacjentów chorych na astmę, u których kontrola choroby jest pełna co najmniej przez 3 miesiące, podejmij próbę redukcji leczenia (step down),
 - ♦ intensyfikuj leczenie u chorych, u których kontrola choroby nie jest zadowalająca, po sprawdzeniu stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych i techniki inhalacji oraz modyfikowalnych czynników ryzyka utraty kontroli i zaostrzeń,
 - ♦ intensyfikuj leczenie przewlekłe u chorych, którzy z powodu zaostrzenia wymagali hospitalizacji;
7. Pamiętaj o optymalnym leczeniu chorób współtowarzyszących, które mają wpływ na przebieg astmy lub POChP (w szczególności: przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok obocznych nosa, uzależnienia od nikotyny, otyłości, choroby refluksowej, niewydolności krążenia, bezdechu śródsewnego, stanów lękowych i depresji);
8. Monitoruj bezpieczeństwo terapii:
- ♦ zapytaj o działania niepożądane, które pacjent może wiązać z lekiem,
 - ♦ poucz chorego, jak postępować, gdy takie objawy wystąpią,
 - ♦ zaleć płukanie jamy ustnej po inhalacji wziewnego glikokortykosteroidu,
 - ♦ u pacjentów przyjmujących doustne glikokortykosteroidy przewlekłe lub w często powtarzanych kursach kontroluj ciśnienie tętnicze, glikemię, gęstość kości, stan wzroku oraz stosuj profilaktycznie wapno z witaminą D₃,
 - ♦ pamiętaj o potencjalnych interakcjach lekowych,
 - ♦ zgłaszaj objawy niepożądane związane z przyjmowaniem leków do URPL;
9. Skieruj do ośrodka referencyjnego:
- ♦ w przypadku braku efektywności leczenia,
 - ♦ chorych na ciężką astmę lub POChP,

- ♦ chorych hospitalizowanych z powodu zaostrzenia choroby,
- ♦ dzieci chore na astmę,
- ♦ kobiety ciężarne chorujące na astmę,
- ♦ osoby, które mogłyby odnieść korzyść z immunoterapii alergenowej,
- ♦ chorych na astmę mających wskazania do terapii biologicznej anty-IgE.



Rysunek 1. Ocena efektywności terapii u chorego na astmę i POChP

4. Lista kontrolna dla lekarza dbającego o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

- Krótco i przystępnie wytłumacz pacjentowi rozpoznanie (nazwa schorzenia, na czym ono polega) oraz cele terapii.
- Dobierz farmakoterapię, która będzie dla pacjenta przyjazna, starając się w szczególności zmniejszyć do minimum liczbę dawek leku w ciągu dnia oraz liczbę stosowanych leków.
- Przedstaw pacjentowi ogólne założenia farmakoterapii i upewnij się, że pacjent je akceptuje (np. zgadza się na zastosowanie takich leków, jak: antybiotyk, steroid wziewny lub systemowy, szczepionka, lub leku mogącego wywołać działania niepożądane). Jeśli pacjent ich nie akceptuje, w miarę możliwości dokonaj w planie leczenia stosownych korekt.
- Określ preferencje pacjenta co do formy i drogi podania leku (np. maść, tabletki, kapsułki, czopki) i jeśli to możliwe, staraj się do nich dostosować podczas preskrypcji.
- Sprawdź, czy wybrane przez siebie leki będą do zaakceptowania przez pacjenta ze względu na cenę.
- Zadbaj, by pacjent zrozumiał, jak długo ma się leczyć każdym lekiem (przez określony czas, do osiągnięcia oczekiwanego efektu czy bezterminowo).
- Unikaj wyznaczania sztywnych pór przyjmowania leków (np. 20:00), zamiast tego zachęcaj pacjentów, by przyjmowanie leków łączyli z innymi rutynowo wykonywanymi czynnościami (np. z posiłkami).
- Przekaż pacjentowi zalecenia w wersji pisemnej oraz omów je ustnie.

- Zademonstruj pacjentowi sposób stosowania leków trudniejszych w użyciu (np. leki wziewne, iniekcje), a jeśli to możliwe, zadbaj, aby pierwszą dawkę pacjent przyjął pod kontrolą personelu medycznego.

- Na wizytach kontrolnych weryfikuj systematyczność leczenia się pacjenta za pomocą taktownych pytań oraz analizy uprzednio wystawionych recept. W przypadku wykrycia nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych staraj się razem z pacjentem znaleźć odpowiednie rozwiązanie.

5. Słownik pojęć opisujących przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

opracowany na podstawie konsensusu europejskiego¹

Adherence - ang. przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Termin opracowany na podstawie konsensusu europejskiego obecnie dominuje w publikacjach naukowych. Adherence wypiera wcześniej powszechnie stosowany termin compliance, mający to samo znaczenie, ale budzący inne, często negatywne skojarzenia (zob. compliance)

Compliance - ang. przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Termin ten jest obecnie stosowany w publikacjach naukowych coraz rzadziej. Kojarzony jest z tradycyjnym, paternalistycznym schematem relacji między lekarzem i pacjentem, zakładającym, że lekarz zawsze wie, co dla pacjenta jest najlepsze, więc jeśli nakazuje przyjmowanie leków, to pacjent musi je stosować, a każde odstępstwo od otrzymanych zaleceń jest winą pacjenta

Implementation (of dosing regimen) - ang. stosowanie leku zgodnie ze schematem dawkowania

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych - stopień, w jakim zachowanie pacjenta odbiega od zaleceń uzgodnionych z pracownikiem medycznym. Zamiennie są również używane określenia: nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, nieprzestrzeganie zaleceń terapii/leczenia, rzadziej - brak współpracy pacjenta

Non-adherence - ang. nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych

Non-compliance - ang. nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych; termin wypierany obecnie przez non-adherence (zob. komentarz do compliance)

Persistence (with dosing regimen) - ang. wytrwałość (w realizacji schematu dawkowania)

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych - stopień, w jakim zachowanie pacjenta jest zgodne z zaleceniami uzgodnionymi z pracownikiem medycznym. Zamiennie są również używane określenia: przestrzeganie zaleceń lekarskich, przestrzeganie zaleceń terapii/leczenia, rzadziej - współpraca pacjenta

Realizacja schematu dawkowania leku (ang. implementation of the dosing regimen) - zakres przyjmowania przez pacjenta kolejnych dawek leku w odniesieniu do zaleczonego schematu jego dawkowania

Wytrwałość w realizacji schematu dawkowania (ang. persistence »with dosing regimen«) - długość okresu, w którym pacjent stosuje przepisaną terapię, liczony od momentu zainicjowania terapii (ang. initiation) do jej przerwania (ang. discontinuation)

Warto przeczytać

1. Vrijens B., De Geest S., Hughes D.A., Przemysław K., Demonceau J., Ruppar T., Dobbels F., Fargher E., Morrison V., Lewek P., Matyjaszczyk M., Mshelia C., Clyne W., Aronson J.K., Urquhart J.: ABC Project Team. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 2012; 73(5): 691-705.



Jesteśmy największym polskim producentem leków i substancji farmaceutycznych. Naszym mottem jest hasło „Ludzie pomagają Ludziom”. Od 80 lat cieszymy się zaufaniem lekarzy, farmaceutów i pacjentów, wytwarzając leki wysokiej jakości, bezpieczne i skuteczne.

JESTEŚMY DUMNI Z NASZYCH OSIĄGNIĘĆ:

- jesteśmy liderem polskiego rynku farmaceutycznego
- umacniamy swą pozycję w regionie Europy Środkowo-Wschodniej i Azji Centralnej
- zatrudniamy ponad 7500 pracowników w kraju i za granicą
- jesteśmy jedną z najbardziej innowacyjnych firm w Polsce według Instytutu Nauk Ekonomicznych PAN
- stworzyliśmy najnowocześniejsze w Polsce laboratorium biotechnologiczne w Gdańskim Parku Naukowo-Technologicznym
- wspieramy rozwój polskiej nauki poprzez Naukową Fundację Polpharmy
- popularyzujemy wiedzę o zdrowiu, realizując liczne programy edukacyjne
- wdrażamy najlepsze praktyki społecznej odpowiedzialności biznesu

• ZAKŁADY FARMACEUTYCZNE POLPHARMA SA
ul. Pelplińska 19, 83–200 Starogard Gdański
tel. +48 58 563 16 00
fax +48 58 562 23 53

• POLPHARMA BIURO HANDLOWE SP. Z O.O.
ul. Bobrowiecka 6, 00–728 Warszawa
tel. +48 22 364 61 00
fax +48 22 364 61 02



Podręcznik objęty patronatem:



ISBN 978-83-941338-1-8